Nr 38 19. września 1937 Rok XVI

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Prof. dr J. LATKOWSKI i Dr St. KARASIŃSKI. Kraków.

### Znaczenie akcji zapobiegawczej i grupowych badań młodzieży w zwalczaniu gruźlicy[1]).

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. dr J. Latkowski.

Całą działalność zapobiegawczą i leczniczą w zwalczaniu gruźlicy wśród młodzieży akademickiej w Krakowie prowadzi II Klinika Chorób Wewnętrznych U. J. Aby pokrótce zobrazować jej kolejny rozwój, stwierdzić trzeba przede wszystkim, że działalność tę podjęto jeszcze wówczas, gdy była ona mało popularna i gdy trzeba było usuwać najrozmaitsze stawiane jej przeszkody. Początek zorganizowanej akcji datuje się od roku 1926, w którym to roku założył w Klinice prof. Latkowski osobne ambulatorium dla młodzieży akademickiej, a w 1929 r. utworzył drugą z kolei placówkę stałą, przeznaczoną już wyłącznie do badań gruźlicy, a mianowicie poradnię przeciwgruźliczą dla młodzieży akademickiej.

Zamiarem naszym było przede wszystkim przeprowadzenie jak najszybsze badania i rejestracji całej studiującej młodzieży akademickiej, aby dotrzeć do wszystkich chorych na gruźlicę akademików i podjąć na szerszą skalę planową działalność leczniczą i zapobiegawczą. W poradni zastosowano od samego początku metodę badania radiologicznego wszystkich badanych bez wyjątku. Równocześnie otwarto w Klinice osobny oddział gruźliczy, co umożliwiło podejmowanie leczenia, głównie odmą sztuczną, w tych przypadkach, które w poradni zostały zakwalifikowane do tego leczenia.

Zamiar przebadania w ciągu krótkiego okresu czasu całej młodzieży akademickiej nie został jednak zaraz urzeczywistniony, gdyż badania w poradni nie uzyskały charakteru obowiązkowego, mimo propozycji czynionych władzom uniwersyteckim, aby w interesie zdrowia młodzieży studiującej, badaniom tym ten charakter nadać, a zarządzeniom poradni zapewnić wykonawstwo. Z konieczności zatem musiała poradnia ograniczyć swą działalność wyłącznie do osób, które dobrowolnie się do niej zgłaszały.

Już pierwsze wyniki badań poradni za lata 1930—1931 wskazywały, *że zagruźliczenie młodzieży akademickiej w Krakowie jest znaczne*[2]). To spostrzeżenie, nakazujące czujność, skłoniło nas, aby dążyć do wprowadzenia w możliwie jak najkrótszym czasie badań kandydatów do studiów akademickich, co pozwoliło by zyskać w przyszłości nie tylko lepszy wgląd w warunki, w jakich żyje młodzież akademicka, ale i przeprowadzić racjonalną i planową ochronę zdrowia tej młodzieży. Do sprawy walki z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej, od samego początku prowadzenia tej akcji w Krakowie, przystępowaliśmy bowiem w ogóle *nie tylko ze stanowiska klinicznego, ale i ze stanowiska uwzględniającego całość warunków tej grupy społecznej, jaką stanowi młodzież.* Badania kandydatów do studiów, z mocy uchwały Senatu Akademickiego U. J. i po uzyskaniu zgody Ministerstwa W. R. i O. P., rozpoczęto u nas w roku szkolnym 1932/33 i od tego czasu przeprowadza się je corocznie. Do badań zbiorowych uniwersyteckich przystąpiły kolejno wszystkie wyższe uczelnie w Krakowie. Prócz badań wstępnych wprowadzono także, za zgodą Senatu Akademickiego U. J., systematyczne i obowiązkowe badania mieszkańców domów akademickich.

## I.

Akcja nasza opiera się zatem obecnie na następujących zasadach organizacyjnych:

1) wszyscy kandydaci do studiów w wyższych uczelniach badani są obowiązkowo przed wpisem klinicznie i radiologicznie a przyjęcie na studia zależy od wyniku badania lekarskiego;

2) wszyscy mieszkańcy domów akademickich podlegają również okresowym badaniom obowiązkowym;

3) wszyscy studenci, u których stwierdzono zmiany gruźlicze, pozostają pod stałą opieką akademickiej poradni przeciwgruźliczej. Poradnia ta, oprócz spełniania zadań jej właściwych, służy jeszcze do praktycznego zaznajamiania studentów medycyny ze sposobami walki społecznej z gruźlicą, studenci odbywają bowiem w poradni dyżury i przeprowadzają wywiady społeczne;

4) leczenie chorych na gruźlicę płuc studentów, szczególniej odmowe, przeprowadza się na oddziele gruźliczym Kliniki. Studentów, których stan wymaga leczenia klimatyczno-sanatoryjnego, skierowuje się do Sanatorium Akademickiego w Zakopanem.

Zgodnie z tematem niniejszej pracy przedstawimy teraz główniejsze wyniki naszej działalności oraz nasuwające się nam spostrzeżenia i wnioski.

Materiał liczbowy, jakim rozporządzamy, składa się z przebadanych:

| | |
|---|---|
| a) w poradni przeciwgruźliczej w latach 1929/30—1931/32 (w okresie badań nieobowiązkowych) | 3.051 osób |
| b) przy obowiązkowych badaniach kandydatów (1932/33—1936/37) | 13.120 osób |
| c) przy badaniu mieszkańców domów akademickich (1934/35—1936/37) | 2.860 osób |
| czyli razem przebadano | 19.031 osób. |

Wszyscy wymienieni, w ogólnej liczbie 19.031, byli badani w sposób jednolity, stosowany przy badaniach zbiorowych. Liczbą tą nie są objęci chorzy, pozostający w stałej opiece poradni przeciwgruźliczej, o których będzie mowa osobno. Wyniki badań z lat 1930—1931 z okresu, gdy nie były one jeszcze obowiązkowe, a dotyczyły młodzieży odbywającej już studia, podano wyżej. Materiał z tychże badań nie może być porównywany z materiałem, uzyskanym drogą później wprowadzonych badań zbiorowych, gdyż do poradni zgłaszała się w wymienionym okresie przeważnie młodzież chora, skłoniona do zgłoszenia się występującymi dolegliwościami, natomiast badanie obowiązkowe obejmowało wszystkich kandydatów. Wskutek tego odsetek chorych, wymagających leczenia jest wyższy. Zatem pojęcie o stanie zdrowotności i stopniu zagruźliczenia młodzieży zgłaszającej się na studia, może dać głównie przegląd wyników 5-letnich badań zbiorowych. Szczegółowe sprawozdania z tychże badań zostały już za okres pierwszych trzech lat ich trwania ogłoszone, zaś sprawozdanie z ostatnich dwu lat znajduje się w druku. Dane poniższe na nich się opierają.

Tablica I.

Zestawienie wyników badań zbiorowych.

| Rok szk. | Zbadano osób | % zmian gruźliczych 1) | 2) | 3) | Razem | Nieprzyjęci l. | % | % studentów bez żadnych zmian chorobowych |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1932/33 | 2.698 | 2,72 | 5.45 | 46,25 | 54,42 | 19 | 0.70 | 29,58 |
| 1933/34 | 2.642 | 3,06 | 3,67 | 35,51 | 42,24 | 23 | 0,87 | 35,35 |
| 1934/35 | 2.347 | 3,11 | 11,03 | 24,28 | 38,42 | 19 | 0,80 | 37,40 |
| 1935/36 | 2.453 | 1,99 | 3,54 | 21,97 | 27,50 | 37 | 1,50 | 33,75 |
| 1936/37 | 2.980 | 3,66 | 10,00 | 22,08 | 35,74 | 64 | 2,15 | 34,33 |

Uwaga: 1) = zmiany wymagające leczenia,
2) = zmiany wymagające obserwacji,
3) = zmiany wygojone,
% studentów bez żadnych zmian chorobowych = = wskaźnik zdrowia.

[1]) Według odczytu wygłoszonego w Sekcji Medycyny Społecznej XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie, w dniu 6 lipca 1937 r.

[2]) Na 1.696 mężczyzn znaleziono przypadków wymagających leczenia 7,65%, wymagających obserwacji 37,14%, gruźlicy wygojonej 13,44%; na 413 kobiet, zmian gruźliczych, wymagających leczenia było 5,56%, wymagających obserwacji 35,59%, wygojonych 14,76%.

Do grupy *zmian gruźliczych wymagających leczenia* zaliczono: nacieki zapalne, zmiany guzkowe, włóknisto-guzkowe, włóknisto-serowate, rozpadowe, gruźlicę stawów i kości; do grupy *zmian wymagających obserwacji* zaliczono zmiany włókniste, zwapniałe ogniska krwiopochodne, zagęszczenia ograniczone, świeże zmiany gruczołowe; do grupy *zmian wygojonych* zaliczano zwłóknienia szczytowe nieczynne, zespół pierwotny, zwapnienia gruczołów wnękowych, zrosty i zgrubienia opłucnej oraz wygojone zmiany gruźlicze kostne i stawowe.

Z zestawienia powyższego widać, że odsetek zmian gruźliczych wymagających leczenia, utrzymuje się mniej więcej na jednym poziomie *(przeciętnie 2,91%)*, odsetek zmian gruźliczych wymagających obserwacji dwukrotnie wykazał większe wahania ku górze (*przeciętnie zaś wynosi 6,74%)*, zaś *odsetek zmian wygojonych wynosi przeciętnie 30,02%*.

Miarą stopnia ciężkości stwierdzanych zmian gruźliczych u chorych w grupie I może być liczba nieprzyjętych na studia z powodu gruźlicy. Liczba ta, mimo przestrzegania zasady, by nie dopuszczać do studiów tylko tych chorych, których leczenie się w warunkach pracy istniejących w wyższych uczelniach nie byłoby możliwe, a których udział w studiach mógłby stanowić niebezpieczeństwo zakażenia dla otoczenia, w ciągu dwu ostatnich lat trwania badań, tzn. od roku szk. 1935/36 bardzo wybitnie wzrosła. *Ten wzrost liczby chorych z gruźlicą otwartą jest zjawiskiem bardzo niepokojącym.*

Z badań naszych wynika, *że właśnie i jedynie gruźlica jest tą największą plagą, zagrażającą młodzieży.* Ogólny bowiem odsetek młodzieży ze zmianami gruźliczymi, jeśli wziąć pod uwagę choćby tylko dwa ostatnie lata, wynosił 27,50% w r. szk. 1935/36, a 35,74% w r. szk. 1936/37, gdy na wszystkie inne sprawy chorobowe, razem wzięte, przypadło w r. szk. 1935/36 — 38,72%, a w r. szk. 1936/37 — 29,59% ogólnej liczby badanych.

Odsetek osobników bez żadnych zmian chorobowych (= wskaźnik zdrowia), obliczony dla młodzieży badanej w Krakowie, również wymownie przemawia za złym stanem zdrowotności tej młodzieży.

Porównywanie stanu zdrowotności młodzieży zgłaszającej się na studia w różnych naszych środowiskach akademickich jest trudne ze względu na niejednolitość metod badania i oceny przypadków, poza tym ze względu na fakt, że nie wszędzie badania obejmowały wszystkich studentów zgłaszających się na studia. Jeśli jednak mimo tych zastrzeżeń, jako podstawę porównania wziąć nasze przeciętne cyfry, uzyskane z badań tzn.: I gruźlica wymagająca leczenia: 2,91%, II gruźlica wymagająca obserwacji 6,74% i III gruźlica wygojona 30,02% i zestawić z nimi odpowiadające tym grupom cyfry z badań lwowskich (Grabowski i Hornung): gr. I — m. 1,67%, k. 2,01%; gr. II — m. 5,69%, k. 7,75%; gr. III — m. 17,3%, k. 14,17%, dalej z badań warszawskich (Janiszewski): gr. I — 1,48—1,21%; gr. II — 4,8—3,83%; gr. III — 15,04—7,1%, w końcu z badań poznańskich (Spychała): gr. I — 1,2%; gr. II — 3%, to widać, że odsetki zmian gruźliczych, stwierdzanych u naszej młodzieży są wyższe, aniżeli w innych środowiskach akademickich w Polsce. Należy jednak zauważyć, w związku z wynikami badań warszawskich, że z tej różnicy, dość znacznej jak widać, nie można wyciągać żadnych wniosków, ponieważ badania te nie objęły znacznej grupy młodzieży, podejrzanej o zmiany chorobowe, lecz uchylającej się od badania. Janiszewski sam podnosi, „że właśnie wśród uchylających się od badań, najliczniej reprezentowani są ci, najwięcej potrzebujący opieki lekarskiej, chorzy na choroby zakaźne, niebezpieczni dla otoczenia, dla swych kolegów". W istocie w Warszawie w ciągu 3 lat (1933/34—1935/36) uchyliło się od badań 2.078 osób.

To stwierdzone przez nas zjawisko wzrostu przypadków gruźlicy wśród młodzieży, zgłaszającej się na studia wyższe i badanej w Krakowie, nasuwa *szereg uwag zasadniczej natury*. Okazuje się przede wszystkim ze szczegółowej analizy wyników badań, że w ogóle materiał młodzieży, zgłaszającej się na studia wyższe jest pod względem fizycznym obecnie gorszy, aniżeli w latach poprzednich. Na stan ten złożyło się wiele przyczyn. Z pewnym prawdopodobieństwem przyjąć można, że jedną z przyczyn zarówno gorszego rozwoju fizycznego młodzieży, jak też i większego jej zagruźliczenia jest *pochodzenie tej młodzieży z okresu wojny światowej,* dalszą z kolei przyczyną jest od szeregu lat trwające *pogorszenie się warunków egzystencji szerokich warstw ludności.* Stwierdzenie pogorszenia się stanu zdrowotnego młodzieży może wskazywać również, że i stan zdrowotny ogółu ludności doznał prawdopodobnie pogorszenia. Zjawiska te stoją niewątpliwie w związku z *niedostateczną ogólną akcją przeciwgruźliczą w Polsce,* nie mogącą położyć tamy szerzeniu się choroby. *Akcja ta na terenie szkół niższych i średnich leży w ogóle odłogiem.* Wczesne wykrycie chorych na gruźlicę, przy dotychczasowym systemie opieki lekarskiej w szkołach, nie jest w ogóle możliwe. Nie można zatem skutecznie przeciwdziałać szerzeniu się gruźlicy za pośrednictwem szkoły. Podobnie też *zawodzi w tym względzie badanie lekarskie młodzieży męskiej, dokonywane przy poborze wojskowym i przy wcielaniu do szeregów.* Badanie to, gdyby było połączone z badaniem rentgenowskim, tak, jak stosuje się już np. w armii niemieckiej, i w wojsku szwajcarskim, mogłoby ułatwić wcześniejsze wyśledzenie chorych na gruźlicę, jeszcze w okresie poprzedzającym zgłoszenie się na studia wyższe. Nasze spostrzeżenia z ostatnich kilku lat dowodzą mianowicie, że brak badania radiologicznego przy poborze staje się stosunkowo często przyczyną przyjmowania do służby wojskowej osobników z poważnymi zmianami gruźliczymi. Przy badaniach grupowych w r. szk. 1934/35 mieliśmy czterech takich kandydatów, którzy dopiero co ukończyli obowiązkową służbę wojskową, mając zmiany włóknisto-serowate płuc z jamami oraz prątkami w plwocinie; w r. szk. 1935/36 jeden kandydat, zgłaszający się również bezpośrednio po odbyciu służby wojskowej, miał zmiany włóknisto-guzkowe i prątki w plwocinie; w r. szk. 1936/37 wykryliśmy 13 kandydatów z poważniejszymi zmianami gruźliczymi płuc, w tym 7 prątkujących — wszyscy oni odbyli przed niedawnym czasem służbę wojskową; prócz tego, wśród chorych poradni przeciwgruźliczej 7 już to odbyło służbę wojskową, już też otrzymało powołanie. Fakty takie wskazują, jak wielkie niebezpieczeństwo dla zdrowia naszej armii stanowi przyjmowanie do szeregów chorych na gruźlicę.

Gdy na akcję badania kandydatów do studiów trzeba częściowo patrzeć, jako na działalność orientującą nas w środowisku absolwentów szkół średnich, a przyszłych studentów szkół wyższych, to dalsze działy naszej pracy należą już całkowicie do wewnętrznego życia szkół wyższych.

Na pierwszym miejscu należy tu wymienić pracę, spełnianą przez *akademicką poradnię przeciwgruźliczą.* Poradnia ta ma w swej opiece studentów ze zmianami gruźliczymi, wymagającymi obserwacji, wykrytych przy badaniach kandydatów do studiów, dalej chorych, zgłaszających się wprost do poradni lub skierowanych do niej z ogólnego ambulatorium dla studentów, w końcu chorych na gruźlicę, wykrytych przy badaniach mieszkańców domów akademickich.

Rzecz jasna, że najwięcej materiału chorych czerpie poradnia z przeglądu stanu zdrowia kandydatów do studiów, badania te bowiem dają uzasadnioną podstawę do roztoczenia opieki lekarskiej nad studentami, u których zachodzi większe, aniżeli u innych, prawdopodobieństwo rozwoju gruźlicy lub zaostrzenia się istniejących już zmian gruźliczych. Na drugim miejscu co do liczby, znajdują się chorzy, skierowani z ogólnego ambulatorium studenckiego, na trzecim zaś chorzy, wykryci przy badaniach mieszkańców domów akademickich.

Selekcja zdrowotna kandydatów do studiów, dokonywana przy badaniach zbiorowych, nigdy z natury rzeczy nie może pójść tak daleko, by u osobników dopuszczonych do studiów i nie wykazujących nawet w okresie badania żadnych wyraźniejszych zmian, nie mogło przyjść w przyszłości do rozwoju gruźlicy. Toteż punkt ciężkości akcji zapobiegawczej i leczniczej wśród młodzieży i odpowiedzialność za nią spoczywa głównie na poradni przeciwgruźliczej. Obserwacja chorych musi być stała i skrupulatna, ze względu na charakter przewlekły gruźlicy i na możliwość występowania pogorszeń, co się zdarza we wszystkich niemal postaciach gruźlicy, jak na to wskazują poczynione w poradni spostrzeżenia. W następstwie tych pogorszeń obraz chorobowy może się zasadniczo zmienić nawet w ciągu krótkiego czasu. Poradnia nasza ma w zasadzie wszelkie warunki, by się ze swego zadania dobrze wywiązać, ma bowiem do dyspozycji w Klinice pracownię radiologiczną i oddział gruźliczy łącznie ze stacją odmową. Frekwencja chorych w poradni waha się w granicach od 500 do 600 osób rocznie; w ostatnim roku szkolnym np. było pod opieką poradni 718 osób. Stwierdzić zatem należy, biorąc pod uwagę powyższe cyfry chorych, pozostających pod opieką poradni, że w Krakowie, na ogólną liczbę około 7.650 słuchaczy wyższych uczelni, leczy się z powodu gruźlicy ponad 7% młodzieży. Nie można oczywiście wykluczyć, że jeszcze pewna część młodzieży chorej, umyślnie unikającej badań, nie znajduje się w ewidencji poradni. W tych warunkach, mimo że badanie w Klinice jest tak łatwo dostępne, nie można mieć jeszcze całkowitej pewności wyśledzenia w porę wszystkich spraw gruźliczych, rozpoczynających się zazwyczaj skrycie. O przyczynach tego stanu i o branych przez nas pod uwagę środkach zaradczych, będzie mowa niżej. Na podstawie dotychczasowych wyników pracy poradni stwierdzić można w każdym razie, że odsetek cho-

rych, pozostających w obserwacji i leczeniu poradni jest bardzo zbliżony do przeciętnego odsetka chorych gruźliczych, wymagających obserwacji (6,74%), obliczonego na podstawie wyników 5-letnich badań zbiorowych kandydatów do studiów. Ta zgodność obliczeń z faktycznym stanem, kontrolowanym wielokrotnie drogą badań w poradni, świadczy, że ocena przypadków, dokonywana w toku badań zbiorowych była trafna. Mamy w tym dowód, że stan zdrowotności młodzieży, stwierdzany drogą badań zbiorowych, odpowiada najprawdopodobniej rzeczywistości.

Aby chorym studentom, nieprzyjętym na studia oraz studentom, którzy przerwali lub ukończyli studia i opuścili Kraków, zapewnić dalszą opiekę lekarską i aby rozwinąć akcję zapobiegawczą w środowiskach, z których ta młodzież wyszła, albo w których obecnie przebywa, podano wyniki badań poradni do wiadomości odpowiednich poradni terenowych. Uczyniono to po raz pierwszy w ostatnim roku szkolnym, na drodze całkowicie poufnej.

Działalność poradni, mimo najlepszej woli i największej czujności kierownictwa, natrafia jednak wciąż jeszcze na poważne trudności i przeszkody. Postaramy się je pokrótce przedstawić.

Na pierwszy plan wysuwa się stale *opieszałość i niedbalstwo o swe zdrowie samej młodzieży*, która dopiero w ciężkiej chorobie zwraca się do poradni, a którą — w licznych przypadkach musi się nakłaniać do kontrolnych wizyt w poradni uciążliwą drogą interwencji przez władze uczelni. Pochłania to wiele drogiego czasu, ze szkodą dla pracy. W tej sytuacji wywieranie nawet pewnego przymusu, mimo, że jak najbardziej chcielibyśmy tego uniknąć, staje się koniecznością podyktowaną względami na dobro młodzieży.

Dalszą poważną trudnością, w swoich skutkach bardzo szkodliwą, jest *małe zainteresowanie się akcją zapobiegawczą na terenie domów akademickich* ze strony zarządów tychże domów i brak egzekutywy w stosunku do mieszkańców domów. Badanie mieszkańców domów akademickich przeprowadza się co roku i wyniki tego badania świadczą, jak ono jest potrzebne. W r. szk. 1934/35 przebadano 891 osób. wśród których wykryto 5 prątkujących, a do stałej obserwacji w poradni przeznaczono 37 osób ze zmianami gruźliczymi; w r. szk. 1935/36 przebadano 1.029 osób, przeznaczając do obserwacji 81 osób; w r. szk. 1936/37 przebadano 940 osób, wśród których wykryto znowu 4 prątkujących, a 94 osoby objęto opieką poradni. Jednak właśnie w roku ostatnim nie zgłosiło się do badania około 300 mieszkańców domów akademickich. Przy ciągłej fluktuacji studentów, a braku współdziałania ze strony zarządów domów, dokładna kontrola stanu zdrowia mieszkańców domów ze strony poradni jest bardzo utrudniona. Często zdarza się nawet, że mieszkańcy domów udzielają u siebie mieszkań innym kolegom bez wiedzy zarządu domu; w jednym ze znanych nam przypadków, tyczyło to właśnie studenta z otwartą gruźlicą płuc.

W związku z tym podnieść jeszcze należy, że na terenie Krakowa *nie jest dotychczas rozwiązana ważna sprawa umieszczania studentów chorych*, zamieszkałych poprzednio w domach akademickich, którzy w okresie po opuszczeniu kliniki, czy też po powrocie z sanatorium powinni znaleźć pomieszczenie w osobnym, odpowiednio urządzonym i prowadzonym domu. Są to często chorzy jeszcze prątkujący, nie mający przy tym środków na wynajęcie osobnego, prywatnego mieszkania.

Jeśli chodzi o *działalność leczniczą*, to zadanie to spełnia częściowo poradnia, w przypadkach nadających się do leczenia ambulatoryjnego, częściowo zaś kliniczny oddział gruźliczy i sanatorium akademickie w Zakopanem. Oddział gruźliczy, acz dobrze urządzony, pomieścić może zaledwie 23 chorych. Jest on stanowczo za mały, zważywszy, że leczenie chorych na gruźlicę wymaga dłuższego czasu, że poza tym często musi się w nim przetrzymywać dłużej chorych, których nie podobna odesłać z powrotem do otoczenia zdrowych współmieszkańców w domu akademickim. Musi on więc czasem spełniać rolę oddziału odosabniającego i to jest, jak dotychczas, jedyny sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach, jakie w następstwie powstawałyby w każdym z domów akademickich.

Co się tyczy *leczenia sanatoryjnego*, to brakiem organizacyjnym stanowiącym poważne utrudnienie w pracy jest brak niezbędnej koordynacji działania między sanatorium, kliniką i Komisją Opieki Zdrowotnej. Klinika nie ma wpływu na kolejność wysyłania chorych do sanatorium, liczba miejsc dla chorych ze środowiska krakowskiego jest za mała, w końcu sanatorium nie podaje Klinice spostrzeżeń dotyczących stanu zdrowia chorych podczas ich leczenia się w Zakopanem i stanu w okresie wypisania z sanatorium. Brak tych wiadomości uniemożliwia dalszą opiekę nad chorymi, powracającymi z sanatorium, nie jest nam bowiem wiadomym, kiedy chorzy sanatorium opuścili, a przecież ze szczególną troskliwością należało by zająć się nimi właśnie w tym okresie.

Z uwag powyższych, dotyczących akcji przeciwgruźliczej wśród młodzieży szkół wyższych w Krakowie wypływają pewne konkretne wnioski. Nie ulega wątpliwości, że ***gruźlica jest najczęstszą chorobą młodzieży, toteż w tym kierunku zwrócony ma być cały wysiłek istniejącej organizacji opieki lekarskiej nad młodzieżą, aby chorych na gruźlicę studentów leczyć, a szerzeniu się tej choroby wśród młodzieży zapobiegać.***

Wedle naszego zapatrywania, przeznacza się, jak dotychczas, zbyt mało środków na działalność zapobiegawczą i na leczenie chorych na gruźlicę. Konieczne jest przede wszystkim lepsze uposażenie materialne poradni przeciwgruźliczej, istniejącej w Klinice Lekarskiej, gdyż tylko dzięki bezinteresownej pracy asystentów Kliniki można jej agendy prowadzić. Poradnia akademicka powinna też otrzymać osobny, odpowiedni lokal, w mającym się rozbudować ambulatorium. Również należy powiększyć oddział gruźliczy kliniczny, ze względu na duży przypływ chorych, co jest jedynie możliwe przy zamierzonej od szeregu lat rozbudowie Kliniki.

Poza tym poradnia powinna mieć zapewnioną całkowitą egzekutywę wydawanych dla młodzieży zarządzeń zdrowotnych.

Co się tyczy leczenia sanatoryjnego młodzieży, to konieczne jest usunięcie wyżej wymienionych przeszkód, na jakie natrafia zarówno sprawa skierowywania młodzieży do tegoż leczenia, jak też i dalsza opieka nad chorymi opuszczającymi sanatorium. Uważamy także, że należało by przystąpić jak najrychlej do utworzenia drugiego sanatorium czy domu zdrowia, w miejscowości o łagodniejszym klimacie, np. w Szczawnicy, gdyż Zakopane nie nadaje się do leczenia wszystkich postaci gruźlicy. Stworzenie takiego zakładu, który mógłby być nawet wystawiony w sposób prosty i tani, pozwoliłoby w dużej mierze odciążyć sanatorium w Zakopanem, bardzo często przepełnione. Leczenie sanatoryjne gruźlicy, jako leczenie długotrwałe, jest oczywiście bardzo kosztowne. Świadczenia na ten cel w grupie studentów zamożnych powinny pozostawać w pewnym stosunku do wniesionych przez nich opłat na rzecz opieki lekarskiej. *Pomoc materialna w takim leczeniu powinna być przyznawana jedynie studentom zupełnie niezamożnym, ale dla nich nie powinno jej nigdy braknąć.* To samo dotyczy akcji dożywiania młodzieży chorej, pozostającej w złych warunkach egzystencji.

Dla celów odpowiedniej koordynacji pracy wszystkich organów i urządzeń opieki nad młodzieżą w Krakowie, konieczne jest powołanie do Komisji Opieki Zdrowotnej obok należących do niej profesorów klinik U. J., referenta lekarskiego, który by był organem wykonawczym Komisji i bezpośrednio czuwał nad biegiem pracy.

Należało by również, w myśl uchwał II Zjazdu Międzynarodowego w sprawie ochrony zdrowia studentów (Ateny 1936), dążyć do przywrócenia udziału przedstawicieli młodzieży w organizacji opieki zdrowotnej nad studentami chorymi. *Ta czynna, obok udziału finansowego, współpraca młodzieży może się przyczynić do uzyskania dodatnich wyników działalności.*

Jeśli chodzi o należyte rozwiązanie sprawy wyśledzenia w porę wszystkich chorych na gruźlicę studentów, których choroba wystąpiła dopiero w czasie studiów, to uważamy za konieczne *zapewnienie należytej egzekutywy przy badaniach mieszkańców domów akademickich.* Badanie to, odbywane przynajmniej raz do roku, powinno objąć bez wyjątku wszystkich studentów, zamieszkałych w domach akademickich. Dla rekonwalescentów i chorych należało by przeznaczyć *osobny, odpowiednio urządzony dom,* na wzór istniejącego we Lwowie Domu Posanatoryjnego. Uważamy dalej za sprawę nie cierpiącą zwłoki *wprowadzenie obowiązkowego badania zbiorowego wszystkich studentów w połowie okresu studiów wyższych,* np. w zimowym trymestrze trzeciego roku studiów tak, jak to wprowadzono przed rokiem w uniwersytetach niemieckich. Ze względu na wiek studiujących, tak usposabiający do wystąpienia gruźlicy oraz ze względu na możliwość przebywania w uczelni osobników chorych, unikających z jakichkolwiek bądź względów badania lekarskiego, a niebezpiecznych dla otoczenia i zaniedbujących własne leczenie uważamy, że wprowadzenie badań obowiązkowych w czasie studiów byłoby logicznym dopełnieniem właściwego celu badań. Badania takie uważamy nawet za bardziej celowe, aniżeli badania osób kończących studia, jak to prowadzi się we Lwowie.

II.

Z dotychczasowego przedstawienia sprawy widać, że wśród różnych sposobów, stosowanych w zwalczaniu gruźlicy wśród młodzieży, *najlepiej prowadzi do celu sposób systematycznego badania zbiorowego młodzieży oraz stała i konsekwentna praca poradni przeciwgruźliczej*, opierająca się na wynikach badań zbiorowych. Duża użyteczność i wartość naukowa tej nowej na naszym gruncie metody działalności zapobiegawczej sprawiła, że po okresie sceptycyzmu wobec niej nastąpił stopniowo zwrot na jej korzyść i wzrosło zainteresowanie się nią. O zwiększającej się aktualności zagadnienia badań zbiorowych w Polsce świadczy m. in. obszerna dyskusja nad tym zagadnieniem na VI Ogólnopolskim Zjeździe Przeciwgruźliczym w Wilnie, w 1936 r.

Z naszej strony podnosiliśmy stale, i daliśmy temu wyraz również na VI Zjeździe Przeciwgruźliczym, że *badania zbiorowe mogą być znakomitym uzupełnieniem ogólnego planu walki z gruźlicą i że w środowiskach szczególnie narażonych przyśpieszają osiągnięcie wyników*, muszą jednak być powtarzane systematycznie co pewien czas i musi się utrzymać ścisły kontakt nie tylko z organizacjami pełniącymi dalszą opiekę lekarską w danym środowisku, ale i z poradniami terenowymi. Zastrzeżenia podnoszone jeszcze niekiedy przeciw badaniom zbiorowym polegają po większej części na pewnym nieporozumieniu, a mianowicie na nieuzasadnionym mniemaniu, że badania zbiorowe stanowią jakąś konkurencję dla akcji poradnianej, że próbują ją zastąpić czy też zdystansować.

Dla dobra sprawy trzeba jeszcze raz powrócić do określenia zasadniczych cech obu tych metod działania. *Poradnia* ma za zadanie wykrywać chorych na gruźlicę spośród osób zgłaszających się do niej lub też w celach diagnostycznych do niej skierowanych, osób *chorych* lub *podejrzewających u siebie chorobę, czy też podejrzewanych o chorobę*. Poradnia, wykrywszy chorego na gruźlicę, podąża za jego tropem i dociera do faktycznego, czy też domniemanego ogniska zakażenia, i tutaj rozwija swą ważną misję społeczną, wdzięczną w teorii, niesłychanie zaś trudną praktycznie w ramach polskiej rzeczywistości.

*Badania zbiorowe* natomiast polegają na systematycznym badaniu lekarskim, w pewnym określonym celu i z użyciem odpowiednich metod, pewnych określonych grup społecznych czy też pewnych zamkniętych środowisk, złożonych w każdym wypadku przeważnie z ludzi *uważających się za zdrowych lub chcących uchodzić za zdrowych*. Są one sposobem wyszukania wśród tych osób tych chorych na gruźlicę, do których w danej chwili nie prowadzi jeszcze żaden ślad! Od chwili wykrycia tą drogą osobnika chorego nic nie stoi na przeszkodzie, aby dalszą opiekę nad takim chorym i jego otoczeniem objęła w wypadku stwierdzenia gruźlicy — odpowiednia poradnia przeciwgruźlicza, w wypadku innych chorób — inny odpowiedni zakład leczniczy.

*W zakresie walki z gruźlicą praca poradni i praca dokonywana w toku badań zbiorowych wzajemnie się uzupełniają*. Cenną zaletą badań zbiorowych jest *możność szybkiego wykrycia chorych*, a co za tym idzie skierowania ich na drogę leczenia i *ochrona zdrowego otoczenia chorych szybko przedsięwzięta*. Ma to doniosłe znaczenie społeczne, gdyż chory na gruźlicę może wcześniej i w korzystniejszych dla siebie pod względem rokowania warunkach, zacząć leczenie, przede wszystkim zaś, odpowiednio pouczony, unikać będzie roznoszenia zakażenia.

Badania zbiorowe nadają się szczególnie, przede wszystkim dzięki zastosowaniu metod radiologicznych badania, *do wykrywania wczesnych zmian gruźliczych, które jeszcze przez długi okres czasu mogą nie dawać żadnych, ani przedmiotowych, ani podmiotowych objawów*. Przypadki takie dzieli od poradni, jeśli w ogóle do niej by kiedykolwiek dotarły, zazwyczaj okres nawet kilku lat i nawet najlepiej funkcjonująca poradnia nie może się pokusić o ich wykrycie.

Na podstawie własnego doświadczenia możemy stwierdzić, że dawniej przed wprowadzeniem badania rentgenologicznego do diagnostyki gruźlicy, można było tylko wyjątkowo wykryć tak wczesne zmiany w płucach, jakie dziś często spostrzegamy.

Dzięki zastosowaniu w badaniach prześwietleń i zdjęć promieniami Roentgena można było też poznać dokładniej *obraz początkowego rozwoju gruźlicy płuc u dorosłych*. Ze stanowiska kliniki gruźlicy są to spostrzeżenia bardzo ważne. Do oświetlenia tej sprawy, a w następstwie do *zmiany poglądów na rozwój gruźlicy u dorosłych przyczyniły się właśnie badania grupowe rentgenologiczne* wśród grup ludności, szczególniej narażonych na zachorowanie już to z powodu wieku, już też z racji wykonywanego zawodu (Donath, Götzl, Freund i inni).

Były to *badania ludzi uważających się za zdrowych*. Przeprowadzali je w różnych środowiskach (*młodzież uniwersytecka i szkolna, wojsko, policja, robotnicy fabryczni, obozy pracy, poszczególne całe dzielnice miast, załogi statków, pracownicy komunikacyjni itp.*), i *na dużym materiale* od kilku do kilkudziesięciu tysięcy ludzi: Adler, Redeker, Braeuning, Neumann, Kayser-Petersen, Kattentidt, Wiewiórowski, Franz i Müller, Walter, Beese, Uhlenbruck, Krause i Gantenberg, Griesbach, Denker, Schulte-Tigges, Schramm, Reichel, Naumann, Hetherington, Phedran, Laudis, Opic, Neuber, Götzl, Freund, Burger i van Weel i inni.

*W badaniach wspomnianych wyżej, odsetek wykrytych osobników z gruźlicą otwartą stwierdzano w granicach od 0,11—4%, w badaniach naszych odsetek ten wynosił od 0,70—2,15%.*

Mogliśmy zresztą stwierdzić, że nie tylko początkowe stadia choroby (nacieki centralnie położone, ogniska krwiopochodne), ale nawet daleko posunięte sprawy rozpadowe z jamami, samym badaniem fizycznym, wykonywanym nawet przez specjalistów, nie dawały się nieraz wykryć, co potwierdzają Braeuning, Hautschmann, Freund i inni. Leczenie zaś spraw gruźliczych zaniedbanych jest już prognostycznie niekorzystne, a pociąga za sobą olbrzymie koszty, niewspółmierne do wyników leczenia. Natomiast wczesne uchwycenie wszystkich podejrzanych przypadków i podjęcie u nich natychmiastowego leczenia, może prowadzić do wyleczenia, nawet w ciągu kilku miesięcy. *W przypadkach nacieków, stwierdzonych rentgenologicznie a dokładnie od pierwszej chwili leczonych wyjątkowo tylko przychodzi do ich rozpadu.* Spostrzeżenie to potwierdza Freund na podstawie obserwacji około 20.000 osób z personelu wiedeńskiej kolei elektrycznej. Przez celową paroletnią działalność rentgeno-diagnostyczną i leczniczą osiągnięto bowiem w Wiedniu znaczne zmniejszenie się liczby przypadków rozwiniętej gruźlicy wśród personelu tramwajowego i śmiertelność wśród pracowników tramwaju zaczęła się wybitnie zmniejszać.

Z przytoczonych przykładów widać, jak doniosłe znaczenie społeczne mają badania grupowe. Wyniki ich wskazują, że dla celów racjonalnej ochrony zdrowia szerokich warstw ludności, trzeba będzie w przyszłości przejść od stosowanych obecnie ubezpieczeń na wypadek choroby do koncepcji roztoczenia opieki lekarskiej nad zdrowymi, do ubezpieczenia zdrowych (Coerper). Zakres badań grupowych prawdopodobnie nie ograniczy się wyłącznie do gruźlicy, ale z biegiem czasu rozszerzy się także i na inne choroby społeczne (v. Brunn).

Toteż *szersze zastosowanie w Polsce tej metody badania, do czego z całym przekonaniem zachęcamy, może się stać potężnym środkiem działania*, tym więcej, że w chwili obecnej zakres działania poradni przeciwgruźliczej jest jeszcze u nas tak ograniczony, *że zaledwie tylko 1/15 część chorych na gruźlicę znajduje się pod opieką poradni* (Sielicki), a niewiadomy jest w ogóle czas, w którym sytuacja ta może zmienić się na lepsze.

W tej myśli byliśmy od szeregu lat zwolennikami wprowadzenia badań zbiorowych w celu wykrywania gruźlicy, a jeszcze przed obowiązkowym wprowadzeniem ich u nas i proponując te badania w 1929 r. (prof. Latkowski), uważaliśmy je za jeden z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania szerzeniu się gruźlicy wśród młodzieży.

Senaty uniwersytetów polskich wprowadziły te badania obowiązkowo w niedługim czasie, i tak w r. 1930 senat Uniwersytetu Lwowskiego, a w r. 1932 senat Uniwersytetu Jagiellońskiego, za zgodą ministerstwa W. R. i O. P.

Gdy te badania stopniowo weszły w życie we wszystkich środowiskach akademickich, wystąpiliśmy na VI Ogólnopolskim Zjeździe Przeciwgruźliczym w Wilnie z wnioskiem (Karasiński), aby Ministerstwo W. R. i O. P. *badaniom tym nadało charakter badań obowiązkowych, oraz aby wprowadziło także obowiązkowe, okresowe badania zbiorowe młodzieży szkolnej, nauczycielstwa i personelu pomocniczego szkół*, na wzór badań w szkołach wyższych.

Inicjatywa szkół akademickich zyskała w r. 1936 aprobatę P. Ministra W. R. i O. P., który zarządził w wyższych szkołach wprowadzenie od dnia 1. IX. 1936 r. obowiązkowego badania lekarskiego osób wstępujących (kandydatów) do państwowych szkół akademickich [3]).

Badania te, według brzmienia okólnika ministerialnego, mają na celu:

„a) zapobieżenie szerzeniu się tzw. chorób społecznych, a przede wszystkim gruźlicy, wśród młodzieży szkół akademickich przez zupełne wyeliminowanie osób chorych, niebezpiecz-

[3]) Okólnik nr 73 z dnia 1 sierpnia 1936 r. (nr IV NS-9134/36).

nych dla otoczenia lub też warunkowe ich przyjęcie z oddaniem pod nadzór lekarski szkolnej opieki zdrowotnej, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo rychłego wyleczenia,

b) zbadanie przydatności fizycznej kandydata do obranego kierunku studiów".

Wydanie tego zarządzenia stanowi duży postęp, przyczyni się niewątpliwie do ujednostajnienia zasad i sposobu przeprowadzania badań oraz zapobiegnie uchylaniu się kandydatów od badania, co szczególnie w uczelniach warszawskich przybrało niepokojące rozmiary. Było by jednak pożądane, aby w przyszłości, *najlepiej drogą porozumienia się wszystkich szkół wyższych,* ustalono zarówno kryteria oceny zdolności do odbywania studiów, jako też i sposób przeprowadzania badań oraz ujmowania ich wyników. Dotychczas bowiem istnieje w tej mierze wiele rozbieżności, co utrudnia porównywanie wyników uzyskanych w poszczególnych środowiskach akademickich.

Co się tyczy rozpoczęcia projektowanej akcji na terenie szkół średnich, to również można zanotować pewien postęp, albowiem Ministerstwo W. R. i O. P. wprowadziło w roku bieżącym[4]) zasadę niedopuszczania do tychże szkół kandydatów dotkniętych chorobami, zagrażającymi zdrowiu otoczenia lub wadami i ułomnościami uniemożliwiającymi im normalną pracę szkolną. Wstępne badania wszystkich kandydatów do państwowego gimnazjum i liceum ogólnokształcącego mają przeprowadzić lekarze szkolni.

W obu tych zarządzeniach ministerialnych, tyczących się badania kandydatów do szkół akademickich i szkół średnich *brak jest koniecznego już określenia, że badanie lekarskie musi obejmować badanie wszystkich kandydatów promieniami Roentgena.* W świetle piśmiennictwa tego przedmiotu przedstawionego zarówno w poprzednich pracach jednego z nas, jak i w pracy niniejszej, nie można bowiem uważać samego badania fizycznego za wystarczające i miarodajne, zwłaszcza dla wykrycia wczesnych zmian gruźliczych płuc. Wybór metod badania i sposób zorganizowania badań pozostawiono zatem swobodnej decyzji tych instytucyj i osób, które badania mają przeprowadzić, a więc w szkołach wyższych instytucjom opieki zdrowotnej, zaś w szkołach średnich lekarzom szkolnym. Pominięcie wyraźnego polecenia, aby przy badaniach wstępnych stosowano prześwietlenia promieniami Roentgena, przypisać należy prawdopodobnie obawie, że badania takie nie dadzą się przeprowadzić z powodu braku środków na ten cel.

Sądzimy, że nie trzeba patrzyć na tę sprawę zbyt sceptycznie. Już nasze pięcioletnie doświadczenie wskazuje, że możliwe jest przebadanie w stosunkowo krótkim przeciągu czasu, bo w okresie trwania wpisów akademickich, przeciętnie ponad 2.500 kandydatów do studiów pod warunkiem, że organizacja badań jest sprawna i w każdym szczególe dokładnie przemyślana.

Uważamy zatem za wykonalne przeprowadzenie takichże badań i u kandydatów do szkół średnich, jeśli zapewni się przy tym współpracę wszystkich instytucyj, rozporządzających aparatami Roentgena, jako to poradni szkolnych, ubezpieczalni społecznych, pomocy państwowej dla urzędników, szpitali wojskowych itp. Stosunkowo najwięcej trudności było by z przeprowadzeniem tej akcji na głębokiej prowincji, w miejscowościach pozbawionych większych szpitali, dysponujących pracowniami rentgenowskimi. W takich miejscowościach rozwiązaniem sprawy byłoby użycie ruchomych stacyj radiograficznych szkolnych, zmontowanych na samochodzie, tak, jak to się już stosuje w szkolnictwie francuskim, a gdzieniegdzie i u nas, chociaż jeszcze nie wyłącznie do celów szkolnych.

Że urzeczywistnienie tego planu jest możliwe, świadczą o tym sporadycznie, jak dotychczas, podejmowane u nas badania masowe młodzieży szkół średnich (B ü h n a i F r a n k - P i t t o w e j we Lwowie, B o r o w s k i e g o w Wilnie, Kliniki Lekarskiej U. J. w Krakowie), dalej badania młodzieży szkół powszechnych pow. warszawskiego (M a r t y s z e w s k i) oraz badania młodzieży szkół zawodowych w Poznaniu (H r y n i e w i e c k i). Konieczność dokładniejszego poznania stanu zdrowia młodzieży szkół średnich, zwłaszcza w okresie jej rozwoju i dorastania, podnosiliśmy w Krakowie w związku z badaniem młodzieży akademickiej jeszcze przed kilku laty, mając na uwadze możliwie jak najwcześniejsze podjęcie wśród przyszłych kandydatów do studiów wyższych akcji leczniczej i zapobiegawczej. Jedyną drogą, prowadzącą do tego celu jest, naszym zdaniem, podjęcie okresowego badania fizycznego i radiologicznego młodzieży, nie tylko w czasie wstępowania do szkoły, ale szczególnie w okresie dojrzewania. Nie można w tym względzie opierać się na skądinąd godnych uwagi w pomyśle jednorazowych *badaniach wartości biologicznej*[5]) *młodzieży,* dokonanych w październiku i listopadzie 1936 r. w różnych miejscowościach Polski, gdyż przede wszystkim nie objęły one całej młodzieży, powtóre zaś, nie uwzględniając badania radiologicznego płuc, nie mogły pozwolić na niewątpliwe „stwierdzenie wśród niej stanów chorobowych", zwłaszcza gruźlicy płuc, co przecież m. i. miało być celem tych badań. O faktycznym zagruźliczeniu szkół, badania te nie mogły dać żadnych bliższych danych.

Jeśli przyjąć, że akcja przeciwgruźlicza na terenie szkół wyższych i średnich zyskuje stopniowo należyte zrozumienie i zatacza coraz to szersze kręgi, widać bowiem pewne rzetelne w tym względzie usiłowania, to z niepokojem stwierdzić trzeba, że *odłogiem leży jeszcze sprawa badań lekarskich dziatwy szkół powszechnych oraz sprawa obowiązkowej kontroli stanu zdrowia nauczycieli.* Przestarzałe przepisy, dotychczas jeszcze obowiązujące, lecz przeważnie nawet nie przestrzegane, nie zapewniają bowiem należytej ochrony przed szerzeniem się chorób zakaźnych, zwłaszcza gruźlicy, na terenie szkół powszechnych. O sprawie tej wspominamy na tym miejscu nawiasowo, wymaga ona bowiem osobnego, wyczerpującego omówienia, zwłaszcza, że wszyscy badacze zgodni są w zapatrywaniu, że zagruźliczenie szkół powszechnych, szczególnie na wsi, jest znaczne, a opieka lekarska nad dziećmi szkół powszechnych niedostateczna. *W akcji zapobiegawczej i leczniczej dzieci i młodzieży musi dla dobra Państwa i społeczeństwa istnieć i musi być przestrzeganą — ciągłość opieki lekarskiej,* ponieważ sprawy zdrowia dziatwy i młodzieży w różnych okresach jej życia wiążą się, zwłaszcza przy rozpatrywaniu zagadnienia gruźlicy, w sposób jak najbardziej ścisły ze sobą.

Co się tyczy innych środowisk w Polsce, poza młodzieżą, w których badania zbiorowe rozpoczęto stosować, to mamy do zanotowania zaledwie badania kandydatów do sanitarnej szkoły podchorążych (Z a w a d o w s k i) oraz badania poborowych, przeprowadzane przez Warszawskie Powiatowe Tow. Przeciwgruźlicze (M a r t y s z e w s k i) z zastosowaniem przenośnego aparatu Raedeckera. Jest to skromny początek proponowanego przez nas jeszcze w 1934 r. stosowania metody badań zbiorowych w innych środowiskach, szczególnie dla społeczeństwa i państwa ważnych, a mianowicie w wojsku i organizacjach pokrewnych (P. W., Strzelec, Harcerstwo), wśród większych skupień robotniczych (robotnicy fabryczni, górnicy, junacy) oraz w środowiskach złożonych z osób stojących w służbie publicznej, a przeto znajdujących się w stałej i częstej styczności z szerszym otoczeniem. Mieliśmy tu na myśli i wymienialiśmy pracowników służby zdrowia, położne, pracowników komunikacyjnych, sprzedawców żywności itp. Wyraziliśmy wówczas przekonanie, że badania zbiorowe pewnych środowisk, szczególnie dla państwa ważnych (młodzież, nauczycielstwo, armia, sfery robotnicze itp.) mogą przynieść dużą pomoc w walce z chorobami społecznymi. Podkreślaliśmy przy tym, że sprawa stopniowego wprowadzenia tych badań nie może jednak być zostawioną tak, jak to jest jeszcze w chwili obecnej, wyłącznie inicjatywie prywatnej, czy też inicjatywie poszczególnych organizacyj społecznych, ale, że ze względu na swą doniosłość, wymaga ona wyraźnego, ustawowego poparcia.

Niestety jesteśmy jeszcze bardzo daleko od możliwości realizacji tych planów. Ustawy przeciwgruźliczej dotychczas nie ogłoszono. Walką z gruźlicą w sposób zupełnie nieskoordynowany, zajmuje się wedle własnego uznania kilka różnych organizacyj. Środki materialne na jej prowadzenie są znikome. Aby sprawa ruszyła należycie z miejsca, trzeba nie tylko odmienić zasadniczo organizację pracy, ale i zapewnić jej mocną podstawę finansową. Uświadomienie sobie dokładne rzeczywistego stanu sprawy, chociażby ta rzeczywistość miała być nawet wstrząsająca, jest pierwszym warunkiem sprzyjającym poprawie położenia. Lepsza jest w tym względzie najsmutniejsza prawda, niż nieuzasadniony, a osłabiający czujność urzędowy optymizm!

Statystyka śmiertelności z gruźlicy, jak to twierdzi J a n i s z e w s k i, nie może być miarą rzeczywistego stanu zdrowotnego społeczeństwa i nawet obniżanie się śmiertelności nie daje podstawy do wyprowadzania wniosków o poprawie stanu zdrowotnego ludności. Przy tym zarówno rzeczywiste cyfry śmiertelności i zachorowalności na gruźlicę są niewątpliwie wyższe, niż mówią oficjalne dane, na co się składa wiele przyczyn. Spostrzeżenia wielu badaczy wskazują bowiem na to, że *w ostatnich latach odsetek chorych na gruźlicę w Polsce wzrasta.* Co do poborowych, stwierdzają to zjawisko W a g a, T e l a t y c k i,

---

[4]) Okólnik nr 33 z dnia 22 kwietnia 1937 r. (II W-2968/37).

[5]) Zarządzenie Ministerstwa W. R. i O. P. z dnia 12. X. 1936 r., nr II W-6521/36.

Danielski, Aman i inni, zaś co do młodzieży Chodźko, Jonscher, Zeyland, Martyszewski i inni. *Nasze badania zbiorowe młodzieży akademickiej świadczą również o tym, że w ostatnich latach stan zdrowotności młodzieży, zgłaszającej się na studia wyższe bardzo znacznie się pogorszył*, że w szczególności zaznaczył się bardzo wybitnie *wzrost liczby chorych na gruźlicę płuc*. Jesteśmy zatem skłonni przypuszczać, że wahania statystyki śmiertelności i obniżanie się jej, spostrzegane zresztą po wojnie w wielu krajach, nie upoważniają zupełnie do wniosku o poprawie sytuacji na froncie walki z gruźlicą w Polsce, sądzimy raczej, że ten stan obecnie się stale pogarsza, zwłaszcza wśród dziatwy i młodzieży dorastającej. Pogląd ten wyraził jeden z nas w czerwcu br. na Naczelnej Radzie Zdrowia.

Sytuacja tego rodzaju wymaga, jak to stale powtarzamy, *pogłębienia i wzmożenia na terenie całego Państwa akcji leczniczej i zapobiegawczej przeciwgruźliczej, szczególnie pilnej właśnie wśród młodzieży*. W zakresie organizacyjnym musi zniknąć różnorodność środków i sposobów działania, prowadząca do marnowania się wysiłków ludzkich i pieniędzy publicznych, *musi powstać jednolita, zwarta i silna finansowo organizacja*, która tę działalność podejmie i przeprowadzi. Przykład innych państw, w których osiągnięto wyniki w walce z gruźlicą poucza, że bez wielkich wydatków walka z gruźlicą jest niemożliwa.

Piękne pole do inicjatywy, skupiającej dotychczas rozprószone poczynania i wysiłki mają tu przed sobą nasze władze państwowe, nie powinny tylko z podjęciem tej inicjatywy zwlekać, gdyż *walka z gruźlicą jest doniosłym zagadnieniem społecznym, ważnym dla bytu i siły Państwa.*

*Piśmiennictwo* (prace oznaczone * podają obszerniejsze piśmiennictwo przedmiotu):

v. Brunn: Dtsch. Tbcbl. II, 32, 1935. — Burger G. C. E. i van Weel J. G. A.: Zschr. f. Tbk. T. 76, 2/3, 1936. — Chodźko W.: Lek. Pol. 2—3, 1937 *. — Coerper: przyt. wg Götzla, l. c. — Denker: przyt. wg Lek. Pol. 10, 219, 1935. — Freund F.: Wien. kl. Wschr. 36, 1096, 1936 *. — Götzl A.: Wien. kl. Wschr. 9, 257, 1933 *. — Grabowski W. i Hornung S.: Pam. XIV Zj. Lek. i Przyr. Pol. T. II, 166. — Hautschmann L.: Münch. med. Wschr. 11, 409, 1935 *. — Hryniewiecki St.: Nowiny Lek. 4, 125, 1937. — Janiszewski T.: Lek. Wojsk. T. 22, 4, 1933. — Lek. Pol. 1, 1935; 4, 1936. — Janiszewski T. i Zdunkiewicz J.: Lek. Pol. 11, 1936. — Karasiński St.: Nowiny Lek. 13, 1932; Pol. Gaz. Lek. 28—29, 1935 *; Przyr. i Techn. 1935; Ruch Przeciwgr. 6—7, 1936; Nowiny Lek. 21—22, 1936; Lek. Pol. 1937. — Karasiński St. i Ryglicki S.: Pol. Gaz. Lek. 13, 1934 *. — Krause P. i Gantenberg R.: Ztschr. Tbk. T. 65, 133, 1932. — Neuber E.: Wien. kl. Wschr. 29—30, 1936. — Pamiętnik VI Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, Wilno 1936. — Reichel H. i Naumann W.: Dtsch. med. Wschr. 23, 854, 1934. — Schramm H.: Med. Kl. 773, 1936. — Sielicki St: Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w roku 1934. Warszawa, 1936. — Sprawozdania z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za lata 1933/34—1935/36. — Telatycki M.: Lek. Wojsk. 4, 1934. — Spychała W.: Lek. Pol. 7—8, 1936; Nowiny Lek. 2, 1937. — Waga Fr.: Lek. Wojsk. T. 23, 8—10, 1934. — Zeyland J. i Piasecka-Zeyland E.: Pam. VI Ogólnop. Zj. Przeciwgr., Wilno, 1936.

---

## PRACE ORYGINALNE.

Dr L. ŁUKOWSKI. Wilno.
Ordyn. Oddz. Dziec. Szpit. św. Jakuba.
Dr G. GELMAN.
Kier. Labor. Diagnost. Szpit. św. Jakuba.

### Przypadek ostrej białaczki limfatycznej utajonej (leucaemia lymphatica aleucaemica acuta) z paradoksalnym obrazem krwi oraz znacznymi zmianami w kościach u 12-letniego dziecka.

Od czasu, kiedy Ebstein w r. 1882 pierwszy wykrył białaczkę ostrą, a Fraenkel w r. 1895 dał klasyczny obraz tej choroby, opisano dość takich przypadków. Ale dotychczas pozostaje jeszcze niewyjaśniona zarówno etiologia, jak i patogeneza tego schorzenia.

Niektórzy badacze, jak Sternberg, są zdania, że przy ostrej białaczce mamy do czynienia ze sprawą posocznicową i że cały zespół objawów klinicznych, obraz krwi oraz zmiany histologiczne są niczym innym, jak tylko pewnym charakterystycznym odczynem ustroju na zakażenie.

Sternbergowi udało się doświadczalnie na zwierzętach wywołać znaczne zmiany białaczkowe w narządach krwiotwórczych przy pomocy użytej hodowli paciorkowców, wyhodowanych z ustroju chorych na ostrą białaczkę. Znane są podobne doświadczenia Lüdke - Pappenheima, Saksa, Hirschfelda i innych. Obrazcow uważa, iż jest prawdopodobną możliwość udzielania się ostrej białaczki u ludzi. Türk jest zdania, że w przypadkach silnego odczynu układu limfatycznego mamy do czynienia ze sprawą, która nie tylko zasadniczo nie różni się, ale jest identyczną z ostrą białaczką limfatyczną.

Na podstawie tych rozważań, doświadczeń i spostrzeżeń, możemy przyjąć istnienie zarazka, wywołującego białaczkę ostrą.

Większość jednak hematologów ujmuje tę chorobę, jako szybko przebiegającą białaczkę przewlekłą, tzn., że patogeneza ostrej białaczki jest ściśle związana z patogenezą białaczki przewlekłej. Co się tyczy drobnoustrojów, to hematolodzy uważają każde zakażenie przy białaczce ostrej za zjawisko wtórne.

Obraz kliniczny białaczki ostrej jest wieloraki, najczęściej zaś przebiega jako posocznica: podniesiona ciepłota, ogólny stan ciężki, skaza krwotoczna, niedokrwistość, *stomatitis gangraenosa, angina necroticans* i powiększenie gruczołów chłonnych są bardzo charakterystyczne dla tej choroby.

Czasami jednak zespół objawów jest tak zawikłany i różnorodny, że trudno za życia chorego postawić prawidłowe i ścisłe rozpoznanie. To samo z obrazem krwi: w większości przypadków mamy olbrzymie ilości ciałek białych, czasami jednak liczba ciałek białych jest normalna, a niekiedy jest wyraźna leukopenia. Jakość białych ciałek i procentowa ich ilość bywa też różna, czasami wcale nie jest miarodajna dla rozpoznania białaczki. Widzimy więc, jakie znaczenie ma każdy szczegółowo zbadany przypadek, szczególnie jeżeli jest nietypowy i z tego powodu pozwalamy sobie przytoczyć niżej historię choroby.

Dnia 4. II. 1935 r. została przyjęta do Szpitala św. Jakuba $11^1/_2$-letnia G. St. z powodu gorączki, bólu w stawach kolanowych i niemożności chodzenia. Do 3 roku życia była zupełnie zdrowa, tłusta, różowa. Przed 4 laty chorowała 6 tygodni, gorączkowała, po tej chorobie zaczęła odczuwać ból w kolanie lewym, nie mogła stać i długi czas utykała na lewą nogę. Obecnie chorowała w styczniu br.: 4 tygodnie leżała w domu z gorączką 38—39°, z bólem nóg, głównie w stawach kolanowych i z tego powodu została skierowana do szpitala. Przechodziła odrę i parę razy grypę. Ojciec zdrów, kiły, jak podaje, nie miał, matka zmarła przed 10 laty z powodu bąblowca mózgu (stwierdzonego sekcyjnie), młodszy 10-letni brat zdrów, drugi brat — przyrodni zmarł z powodu błonicy. Warunki materialne złe, ojciec jest bezrobotny, macocha jest robotnicą w fabryce cukierków.

*Stan obecny.* Budowa prawidłowa, odżywienie złe. Wzrost 134 cm, prawie odpowiada wiekowi, waga $25^1/_2$ kg, o 4 kg za mała. Skóra blada, bez żadnych wykwitów i sińców, błony śluzowe również blade. Dużo drobnych, ruchomych, niebolesnych gruczołów, wielkości grochu lub fasoli na szyi, karku, mniej w pachach i pachwinach. Oba *stawy kolanowe* obrzękłe, lewy więcej od prawego, obwód lewego 28,5 cm, prawego o 1.5 cm mniejszy. Ruchy w stawach czynne i bierne są bolesne. Najwięcej bolesne są nasady kości udowej lewej, szczególnie kłykieć wewnętrzny i kość nad nim. *Płuca.* Objawy de la Campa i d'Espine'a dodatnie na pierwszych 4 kręgach piersiowych, lekkie przytłumienie prawej wnęki, w prawym szczycie wydech słyszalny. Roentgen: pola szczytowe normalne, gruczoły wnękowe powiększone, smugi okołooskrzelowe, ruch przepony normalny. W sercu zmian wyraźnych nie ma. Gardziel normalna, migdałki niepowiększone, język obłożony. Brzuch nieco wzdęty, wątroba na 4 palce poniżej łuku żebrowego, nieco bolesna. Śledziona wychodzi spod łuku na pół palca, niebolesna, dość twarda. *Mocz.* Odczyn zasadowy, c. wł. 1008, białko 0,3‰. 2—3 wałeczki szkliste w preparacie, 5—10 białych ciałek w polu widzenia, dość nabłonków, ilość śluzu zwiększona. W następnych badaniach były tylko ślady białka. Późniejsze dodatkowe badania krwi: czas krwawienia $4^1/_2$ minuty. Odczyn Widala na dur brzuszny i dury rzekome ujemny. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Objaw opaskowy słabo dodatni. Odczyn Pirqueta dwukrotnie ujemny.

*Przebieg choroby.* Ciepłota chorej była prawie cały czas podwyższona, o charakterze nieprawidłowym. Pierwsze parę tygodni była nawet dość wysoka 38—39°, później były kilkudniowe okresy normalnej ciepłoty, następnie czas dłuższy podgorączkowa.

Tak trwało do dnia 23. III. W tym czasie stan chorej nieco się poprawił. Traktowaliśmy chorobę na razie jako gościec stawowy i rzeczywiście po preparatach salicylowych bolesność

stawów zmniejszyła się, obwód stawów kolanowych zmniejszył się o 1 cm, jednak pozostała bolesność nasad kości udowych, szczególniej lewej. Zjawiła się również bolesność w stawach skokowych. Z tego powodu zrobiono 2 razy rentgenogramy stawów kolanowych i skokowych. Wykazały one znaczne ubytki i odwapnienie w dolnych częściach trzonu kości udowych, w okolicy nasad, zwłaszcza po stronie lewej. Na rentgenogramie widać, że nasada w stosunku do trzonu jest z obu stron szersza o około centymetr i porównać by się dała do czapki grzyba na trzonie.

Również stwierdzono odwapnienie w kościach obu stóp, jako też i rozszerzenie szpar nasadowych. Z powodów technicznych przytaczamy tylko rentgenogram lewego stawu kolanowego, ponieważ tylko dolny odcinek uda lewego był wyjęty na sekcji. W tym czasie badanie krwi na ilość wapnia wykazało Ca — 22 mg % (dwa razy więcej niż normalnie!).

Od dnia 23. III. stan chorej stopniowo zaczyna się pogarszać. Przede wszystkim ciepłota wieczorna zaczyna się podnosić do 38,5—39°, z rannymi spadkami do 37° i niżej. Jednocześnie występuje powiększenie innych gruczołów chłonnych na twarzy, pod łukami jarzmowymi, pod kątami żuchwy; gruczoły są wielkości fasoli lub orzecha laskowego, twarde, przesuwalne, niebolesne, takiż gruczoł wielkości grochu zjawił się w wewnętrznym rowku mięśnia dwugłowego prawego. Jednocześnie zwiększa się ból na dotyk wewnętrznego kłykcia lewej kości udowej oraz kości lewej pięty przy dość swobodnych ruchach odpowiednich stawów.

Od dnia 1 kwietnia stan jeszcze się pogarsza, wieczorne wzniesienie ciepłoty dochodzi do 40° i opada rankami prawie do normy, z silnymi potami. Posiew krwi z dnia 2. IV. wykazał paciorkowce. Pomimo zastrzyków trypaflawiny, septiwenu, domięśniowych zastrzyków krwi ojca, wreszcie dożylnych zastrzyków krwi innej osoby z tą samą grupą krwi (O) ogólny stan znacznie gorszy, osłabienie serca wzrasta, dnia 13. IV. w lewej okolicy pachowej i pod obojczykiem słychać szmer tarcia opłucnej; granice serca rozszerzone i na koniuszku słyszalny lekki szmer skurczowy. Dnia 15. IV. chora zaczyna się skarżyć na ból gardła przy połykaniu i mówieniu, jednak gardziel nie jest zaczerwieniona, a tylko na twardym podniebieniu kilka małych, punkcikowatych wybroczyn. Dnia 17. IV. przy trwającej gorączce ból gardła znaczniejszy, zaczerwienienie prawego migdałka, lekki obrzęk górnej, prawej powieki. Dnia 18. IV. silny ból gardła, chrypka. Gardło zaczerwienione, prawy migdałek pokryty powierzchownym nalotem, takiż nalot za tylnym łukiem podniebiennym prawym, języczek czerwony, obrzękły. Język silnie obłożony. Dnia 19. IV. ciepłota wieczorem 39,5°, rano 37,8°. Silna chrypka, prawie bezgłos. Nalot z nadżerkami na prawym migdałku znacznie się zwiększył, obejmując cały migdałek i tylny łuk, na prawej stronie obrzękłego języczka również szarawy nalot, takiż sam nalot na językowej stronie obrzękłej nagłośni. Przy badaniu laryngoskopowym (dr Lewande) stwierdza się takie same naloty na strunach głosowych, ruchome. Dziecko wypluwa ropno-krwawą plwocinę — w posiewie z nalotu, wziętym dnia wczorajszego pałeczek błonicy nie wykryto. Dziecko bardzo blade, skóra o odcieniu lekko żółtawym, tętno 148, nitkowate, tony serca bardzo głuche, pierwszy ze szmerem, głównie na podstawie, granice rozszerzone. Wątroba na 2 palce spod łuku żebrowego, miękka, śledziona wypukowo od VIII żebra, wychodzi na 3/4 palca, niebolesna. W moczu ślady białka i nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste oraz czerwone ciałka. Ku wieczorowi stan coraz się pogarszał, chora straciła zupełnie głos i zaczęła się dusić. Przy zupełnie zachowanej przytomności do ostatnich chwil zmarła o godz. 20.

Cytologiczny obraz krwi:

Dnia 9. II. hemogl. 54%, czerwonych ciałek 3,180.000, index 0,9, białych ciałek 4.200.

Dnia 19. II. białych ciałek 2.000

Dnia 25. II. wzór Schillinga: monocytów 3%, limfocytów 92%, segmentowanych 4%, eozynochłonnych 1%.

Dnia 28. II. białych ciałek 1.600.

Dnia 8. III. białych ciałek 3.800. Wzór Schillinga: monocytów 6%, limfocytów 76%, segmentowanych 14%, eozynochłonnych 2%.

Dnia 21. III. białych ciałek 3.800. Limfocytów 86%, segmentowanych 12%, eozynochłonnych 2.%

Dnia 27. III. hemoglobiny 47%. Czerwonych ciałek 2.740.000, index 0,86. Anizocytoza dość wyraźna, poikilocytoza minimalna. Nieznaczna anizochromatofilia. Polichromatofilia wyraźna. Retikulocytów do 2%. Dość częste mikrocyty. Normoblastów nie widać. Płytek 180.000. Białych ciałek 1.600. Monocytów 3%, limfocytów małych 56%, wielkich 25%, ogółem limfocytów 81%, segmentowanych 11%, pałeczkowatych 4%, eozynochłonnych 1%. Wśród dość licznych (25%) limfocytów wielkich, widać wyraźnie ziarnistości zabarwione azurem. Małe limfocyty mają wygląd normalny i żadnych odchyleń od normy nie wykazują. Wreszcie dnia 19. IV. w dniu śmierci, ilość białych białek 600.

*Protokół sekcji* (wyciąg). Prosektor dr Kołaczyński (z Zakł. Medycyny Sądowej U. S. B. w Wilnie). Zwłoki dziewczynki lat 12, budowy prawidłowej, upośledzonego odżywienia. Powłoki skórne lekko żółtawo podbarwione.

Czaszki nie otwierano.

Jamy opłucnowe wolne, opłucna z prawej strony ma stare zrosty, opłucna lewa gładka, lśniąca. Miąższ płuc na przekroju o powierzchni równej, suchy, puszysty. Powierzchnia przekroju płuca lewego równomiernie słabo czerwonawo-wiśniowo zabarwiona, płuca prawego blada. Serce wielkości odpowiedniej, próżne. Mięsień sercowy dość jędrny. Zastawki i śródsierdzie bez zmian.

Prawy migdałek podniebienny zropiały, mieszki zatkane czopami żółtej, gęstej masy. Migdałek lewy częściowo zbliznowaciały.

Tarczyca prawidłowej wielkości i budowy, na przekroju bardzo blada. Gruczoły przytarczyczne nie wykazują makroskopowo zmian patologicznych. Grasica nieduża, blada, o prawidłowej budowie.

Jama otrzewnowa próżna, otrzewna bez zmian. W żołądku nieco treści śluzowej, podbarwionej krwią, w jelitach skąpa ilość treści kałowej. Błona śluzowa przewodu pokarmowego blada.

Śledziona nieco powiększona, o miąższu spoistym, bladym, wykazuje na powierzchni przekroju liczne, drobne, szarawobiałe ogniska. Inne narządy gruczołowe jamy brzusznej tj. wątroba bardzo duża, 1.200 g, trzustka i nerki prawidłowej wielkości i budowy, o zachowanym rysunku gruczołowym na powierzchni przekroju, blade, suche. Nadnercza normalne.

Dolna część trzonu kości udowej lewej scieńczała, wykazuje ogniska odwapnienia. Okostna gruba, ściąga się z kości razem z kawałkami zewnętrznej blaszki kostnej, po których zostają czerwone, porowate ubytki. Szpik kostny wykazuje w środku ogniska o intensywnym ciemno-czerwonym zabarwieniu — na obwodzie zaś ogniska szarawo-żółte. Jajniki, jajowody i macica oraz narządy moczowe bez zmian.

*Epicrysis. Tonsillitis purulenta dextra. Congestio pulmonis sin. Anaemia organorum. Tumor lienis follicularis. Decalcificatio diaphysis et epiphys. inferior. femoris sin. Foci regenerationis medullae ossium?*

*Badanie mikroskopowe:*

1. *Gruczoł chłonny* (obwodowy): budowa zupełnie zatarta: wcale nie widać ciałek Malpig. Typowa hiperplazja tkanki limfatycznej, skupienia komórek limfatycznych można stwierdzić nawet w torebce. Wypełniające cały gruczoł komórki są dwoch rodzajów: przeważają małe z wąską obwódką plazmatyczną naokoło; inne są znacznie większe z dość szeroką plazmą. Są to więc typowe małe i duże limfocyty.

2. *Śledziona:* budowa w ogóle zachowana: wyraźnie występują ciałka Malp., o normalnej budowie. W miąższu śledziony widać małe i wielkie limfocyty.

3. *Szpik kostny:* w części nasadowej, bliżej chrząstki widzimy dużo elementów limfatycznych (takich samych, jak w gruczole chłonnym), oraz dość wybroczyn krwawych — tj. hiperplazję tkanki limfatycznej. Co się tyczy kości, to jest ona zaznaczona w postaci niewielkich resztek.

Szpik kostny trzonu przedstawia zupełnie inny obraz, mianowicie rozrzedzenie kości, w postaci rzadkich i cienkich beleczek. Szpik kostny ma wygląd siatki, w której dość luźnie leżą nieliczne limfocyty; bardzo mało też krwinek czerwonych oraz innych elementów morfotycznych normalnego szpiku kostnego. Dość znaczny rozwój tkanki tłuszczowej. Miejscami pasemka tkanki łącznej włóknistej. Więc mamy tu, nie tak jak w kości nasadowej, hipoplazję elementów morfotycznych.

4. *Wątroba:* budowa normalna; zraziki występują wyraźnie i w samych komórkach wątrobowych, tylko gdzieniegdzie są zmiany wsteczne. Ale między zrazikami w samej tkance łącznej znajdujemy bardzo charakterystyczne skupienia limfocytów w dużej ilości; skupienia te — bądź okrągłe, bądź wydłużone — obejmują naokoło zraziki wątrobowe, nie zmieniając ich budowy. Skupienia te składają się też z małych i dużych limfocytów.

5. *Nerki.* Budowa zachowana, ale jednocześnie są dość znaczne skupienia limfocytów, umiejscowione bez jakiegoś określonego stosunku do właściwej tkanki nerkowej. Budowa tych skupień taka sama, jak i w wątrobie.

Zbadano także inne narządy, np. nadnercza, ale jakichkolwiek zmian w ich budowie nie znaleziono.

Co się tyczy rozpoznania, to w czasie pobytu chorej w szpitalu byliśmy zmuszeni rozstać się z kilku pierwotnymi przypuszczeniami. Przede wszystkim, wkrótce odrzuciliśmy przypuszczenie gośćca stawowego, bo chociaż stawy kolanowe były obrzękłe, ale bolesność była głównie w nasadach kości udowych oraz w kościach skokowych. Tak samo odrzuciliśmy gruźlicę stawów, bo schorzenie było symetryczne, a chociaż choroba Ponceta dotyka nieraz obu stawów, ale kości nie są przy tym zajęte. Porażenie stawów kiłowe prawie wykluczał ujemny odczyn Wassermanna, a przy tym nie było żadnych stygmatów kiłowych. Bolesność i odwapnienie kości na rentgenogramie nasuwały myśl o zapaleniu szpiku kostnego, ale brak leukocytozy, a nawet wręcz leukopenia: 4.200—2.000—1.600, przeczyły powyższemu rozpoznaniu. Tak samo, pomimo leukopenii, gorączki, nieco powiększonej śledziony nie mogliśmy się utwierdzić w przypuszczeniu duru lub duru rzekomego, skoro w 6 tygodniu choroby z nieprawidłową gorączką odczyn Widala wypadł ujemnie.

Dalszy przebieg choroby wyglądał klinicznie na typową posocznicę: gorączka, czasami bardzo znaczna, z wielkimi spadkami ciepłoty z rana, ogólny ciężki, coraz pogarszający się stan, wybitna niedokrwistość, bóle i obrzęk stawów i wreszcie dość łatwo i szybko wyhodowane paciorkowce.

I tu dużą niespodzianką był dla nas wzór Schillinga. Już przy pierwszym badaniu znaleźliśmy tylko 4% ziarnistych leukocytów przy 92% limfocytów; w następnych badaniach odsetek ziarnistych zwiększył się do 14—12—15%. Ilość limfocytów była jednak nadal stosunkowo ogromna: 76—86—81%. Na ogólną ilość 81% limfocytów znaleźliśmy przy jednym z badań 56% małych limfocytów i 25% wielkich. Taki obraz krwi nastręczał podejrzenie o białaczkę ostrą. Prawda, że zamiast hiperleukocytozy mamy tu leukopenię, ale jakościowy obraz krwi, ta wyraźna przewaga limfocytów stawiała trudności w rozpoznaniu posocznicy.

Chociaż w dalszym przebiegu ilość limfocytów z 92% spada do 81% (kosztem powiększenia ilości ziarnistych), ale to zmniejszenie jest zrozumiałe, jeżeli przyjąć pod uwagę obecność paciorkowców we krwi, drobnoustrojów *par excellence* ropotwórczych. To znaczy, że odczyn ustroju podczas choroby mimo to miał skłonność wyraźnie limfatyczną. Jednak, były także trudności przy rozpoznawaniu białaczki, oczywiście utajonej *(leucaemia lymphatica aleucaemica)*. Otóż przy ostrych białaczkach obraz krwi najczęściej wykazuje zmiany wsteczne, to znaczy, że komórki krwi (zarówno limfocyty, jak i elementy szpikowe) są młode, budowa ich jąder i plazmy wykazuje znaczne odchylenie od normalnych młodych komórek, jednym słowem wyraźną nietypowość.

W naszym przypadku tego nie ma: można było tylko odróżnić limfocyty małe od wielkich, ale małe limfocyty były o normalnej budowie, a duże limfocyty miały znaczną zarodź i ziarnistości barwiące się azurem — w zasadzie nic patologicznego, oprócz tego, że ilość dużych limfocytów była znacznie powiększona (do 25%). Wobec tego właściwe i zupełnie pewne rozpoznanie białaczki nie mogło być postawione za życia. *Stało się to tylko możliwe po histologicznym zbadaniu narządów krwiotwórczych. Dopiero te zmiany, któreśmy tam znaleźli, dają nam podstawę traktować ten przypadek jako leukemię.*

Przede wszystkim, bardzo charakterystyczny obraz białaczki przedstawia nam gruczoł chłonny: zatarta budowa, duża ilość limfocytów o takim samym charakterze, jak we krwi. Tak samo i *lymphomata* w wątrobie, naokoło zrazików, są właśnie charakterystyczne dla białaczki limfatycznej.

Co się tyczy szpiku kostnego, to hiperplazja elementów limfatycznych w kości nasadowej też przemawia za naszym rozpoznaniem. Rozrzedzenie zaś trzonu oraz hipoplazja szpiku kostnego w nim jest bardzo ważnym zjawiskiem, opisanym także przez innych autorów przy białaczce.

Jeżeli przejdziemy do klinicznego obrazu naszego przypadku białaczki, to nie było tu objawów skazy krwotocznej, tak charakterystycznych dla wszelkiego rodzaju białaczek: tylko w ostatnich dniach przed śmiercią, na podniebieniu wykryto kilka punkcikowatych wybroczyn, w przededniu rozwoju anginy nekrotycznej. Natomiast, w ostatnich tygodniach choroby zjawiły się nowe gruczoły limfatyczne w niezwykłych miejscach: na twarzy pod łukami jarzmowymi i w rowku dwugłowym wewnętrznym. Wreszcie ostatnie dnie życia chorej, naloty z nadżerkami na prawym migdałku, języczku, nagłośni i strunach głosowych, przy niewykryciu maczugowców błonicy, dawały typowy obraz *angina necroticans*, tak często powodującej śmiertelne zejście u chorych białaczkowych. W dniu śmierci ilość białych ciałek doszła nawet do 600; niestety, jednak wzór Schillinga, z powodów zewnętrznych, nie mógł być tego dnia zbadany.

Osobliwością naszego przypadku są obrzęki stawów kolanowych i skokowych oraz bóle w kościach udowych i skokowych. Te zmiany właśnie spowodowały udanie się chorej do szpitala. Na rentgenogramie wykryto znaczne odwapnienie trzonu kości udowych i skokowych z dużymi ubytkami. Nasada kości udowych w stosunku do trzonu jest z obu stron szersza o blisko centymetr i siedzi na trzonie, jak czapka grzyba na korzonku (p. ryc.).



*Ryc. 1.*

W piśmiennictwie opisane są tego rodzaju zmiany kostne przy białaczce. W jednym przypadku Maternowskiej i Redlicha na rentgenogramie wykryto widoczny ubytek kości goleniowej, powyżej linii nasady. W 1934 r. Shelling, Brown i Erb w Toronto badali szczegółowo rentgenologicznie i anat.-patolog. kości u 12 małych dzieci z ostrą, limfatyczną białaczką i wykryli częste zmiany budowy kości. Prawie we wszystkich wypadkach znaleziono objawy rozrzedzenia na trzonie długich kości przede wszystkim w bliskości nasad. Prócz tego znaleziono cztery razy podniesienie okostnej, w jednym z tych ostatnich samoistne złamanie kości udowej na odśrodkowym końcu. Histologicznie rozróżniają autorzy zmiany natury nacieczeniowej, rozrzedzającej, wytwórczej, zwyrodnieniowej, jak również krwotocznej. Rozrzedzenie zwiększa się wraz z rozwojem nacieczenia komórek białaczkowych. Dotychczas nie można określić, czy zanik kości jest skutkiem ucisku rozmnażających się komórek, czy też same komórki wydzielają jakiś ferment osteolityczny.

Przy tak znacznym odwapnieniu kości można by się spodziewać zmniejszenia poziomu wapnia we krwi. Tymczasem przy badaniu znaleźliśmy 22 mg % Ca, tj. ilość 2 razy większą, niż normalnie (9,5—10,5 mg %). Nasuwa się tu pewne podobieństwo z chorobą Recklinghausena *(Ostitis fibrosa cystica)*, przy której następuje odwapnienie kości i ich zniszczenie na korzyść tkanki włóknistej. Wydzielone ze szkieletu sole wapnia podwyższają poziom wapnia we krwi, wydzielanie się wapnia w moczu jest również znacznie wzmożone. Przyczyną tej choroby jest nadmierne wydzielanie hormonu przytarczyc z powodu gruczolaków tych gruczołów (E. Reicher). Niestety, nie badaliśmy ilości wapnia w moczu, ani nie zrobiliśmy histologicznego badania gruczołów przytarczycznych, które makroskopowo wydawały się normalne. W opisie przebiegu choroby u naszej chorej jest tylko wzmianka o niewielkim wolu, o ziarnku wielkości prosa, spoistości piasku w lewym płacie gruczołu tarczykowego (przytarczycznego?).

W każdym razie u chorych białaczkowych z objawami rozrzedzenia w kościach, na przyszłość trzeba będzie zwrócić baczniejszą uwagę na przemianę wapniową i zachowanie się gruczołów przytarczycznych.

Parę słów o samym przebiegu choroby. Przypadek nasz o 3-miesięcznym trwaniu i burzliwym końcu wygląda na ostrą białaczkę. Jednak zastanawia, że 4 lata przed przybyciem do szpitala dziecko gorączkowało 6 tygodni, miało bóle w kolanie lewym i długi czas utykało na lewą nogę. Czyżby już wtedy nie było u chorej początku tych zmian w kości udowej, które takie znaczne rozmiary przybrały?

Zestawiając powyższe wyniki obserwacji klinicznej i badania pośmiertnego można powiedzieć, że przypadek nasz ostrej białaczki limfatycznej zasługuje na uwagę ze względów następujących:

1. Przypadek ten jest *wyraźnie nietypowy:* ani obraz krwi, ani przebieg kliniczny nie dały pewnej podstawy do właściwego rozpoznania.
2. Badanie histologiczne narządu limfotwórczego, mianowicie gruczołów chłonnych, szpiku kostnego oraz wątroby wykazały białaczkowe zmiany.
3. Przypadek ten wyróżnia się znacznymi zmianami w kościach, mianowicie objawami rozrzedzenia i ubytku.
4. Przy tych objawach rozrzedzenia kości ilość wapnia we krwi była dwukrotnie zwiększona, jak to jest w chorobie Recklinghausena.

Mamy przekonanie, że właśnie takie nietypowe przypadki zdarzają się znacznie częściej, ale rozpoznanie ich jest niemożliwe bez dokładnego badania krwi, rentgenogramów oraz materiału sekcyjnego.

Uważamy za swój miły obowiązek podziękować prof. K. Opoczyńskiemu, dr Sumorokowi oraz dr Kołaczyńskiemu za pomoc przy wykonaniu naszej pracy.

*Piśmiennictwo:*

(Oprócz podręczników Hirschfelda, Naegeliego, Turka, Rieux, Jolliego i innych):

Fabian-Naegeli-Schatiloff: Virch. Arch. Bd. 190. — Fabian: Ziegl. Beiträge. Bd. 53. — Fränkel: Virch. Arch. Bd. 216, p. 340. — Friedreich: Virch. Arch. Bd. 12. — Gans: Ziegl. Beitr. Bd. 56, p. 441—462. — Herz: Akute Leukämie. Kraus-Brugsch. Bd. 8. Monographie. Wien. 1911. — Herzog: Virch. Arch. Bd. 233, p. 320. — Hirschfeld: Fol. haemat. Bd. 2, p. 743. 1905. — Tenże: Fol. haemat. Bd. 4, p. 202. 1907. — Marchand: Dtsch. Arch. Klin. Med. Bd. 110. — Maternowska i Redlich: Pol. Gaz. Lek. Str. 401. 1931. — Meyer-Heinecke: Dtsch. Arch. Klin. Med. Bd. 88. — Neumann: Virch. Arch. Bd. 207. — Reicher E.: Podr. Diagnostyki i Terapii prof. Malinowskiego i Orłowskiego. T. I. Str. 808. — Sternberg C.: Primärerkrankungen. Ergebn. Lub.-Ostertag. Bd. 9, p. 2. 1905. — Shelling, Brown i Erb: Ref. w Zntrbl. f. Kinderheilk. B. 30. Str. 155 1935. — Ci sami: Ziegl. Beitr. Bd. 65, p. 75. — Schultze W.: Ziegl. Beitr. Bd. 39, p. 253. — Zypkin: Virch. Arch. Bd. 209. — Oprócz tego liczne referaty w Folia haemat. Bd. 1. 1904; Bd. 2. 1905 i Bd. 4. 1907.

---

Dr Adam STADNICKI. Lwów.

## Ropień podprzeponowy.

Z Oddziału Wewn. I Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.
Ordynator: Doc. dr W. Czernecki.

Dokończenie.

*Przyp. I.* F. St., l. 37, przyjęty dnia 28. XII. 1926. Lp. 77/27. Wywiady: od 1918 r. w 2 godz. po jedzeniu bóle w okolicy żołądka, odbijania kwaśne. Po 2 miesiącach poprawa. Podobne stany powtórzyły się cztery razy. Ostatni przed 5 tygodniami, przy tym stolec czarny. Zazwyczaj zaparcie stolca; wymiotów brak, apetyt zawsze dobry, nie je jednak z obawy przed bólami. Badanie treści żołądkowej wykazało znaczną nadkwaśność (na czczo kwas solny wolny 36, ogólna kwasota 48, po śniadaniu próbnym kwas solny wolny 22, ogólna kwasota 34). Rozpoznano wrzód żołądka i dnia 1. I. przeniesiono na oddział chirurgiczny do zabiegu operacyjnego. Po zabiegu operacyjnym dnia 3. I. 1927 polegającym na wycięciu żołądka czuł się dobrze, był tylko osłabiony. W 10 dni po operacji zapalenie płuc, które trwało przez 3 dni. W dwa tygodnie później bóle w górnej części brzucha, promieniujące od dolnej części klatki do obu ramion, szczególnie podczas leżenia, dlatego najchętniej siedział. Dnia 22. I. prześwietleniem Rtg. wykazano: treść kontrastowa przechodzi bez przeszkody z żołądka przez wszytą pętlę. Na prawo i ku tyłowi widoczny cień o poziomej powierzchni, ponad nią duża bania gazowa, dochodząca do przepony.

Dnia 6. II. przeniesiono chorego na oddział wewnętrzny, gdzie podczas badania stwierdzono nieznaczne podwyższenie dolnej granicy płuc po stronie prawej z tyłu. Przysłuchem wszędzie szmery pęcherzykowe. Brzuch silniej wysklepiony, zwłaszcza po stronie prawej powyżej pępka, w linii środkowej blizna po operacji. Wątroba obniżona 3 palce poniżej łuku niebolesna. Badanie krwi: ciałek czerwonych 5,640.000, ciałek białych 12.600. Sahli 80. Index 0.7. Schilling: segmentowanych 39%, pałeczkowatych 38%, limfocytów 15%, monocytów 8%; w kale krwi utajonej brak.

Dnia 9. II. nakłucie próbne między XI a XII żebrem, wydobyto 30 cm³ płynu krwawo zabarwionego, nieco mętnego, w którym nie wykazano obecności drobnoustrojów a hodowla wypadła ujemnie.

Dnia 14. II. ponowne prześwietlenie Rtg., stan jak w dniu 22. I.

Ponieważ nie było bezwzględnego wskazania do zabiegu operacyjnego, dnia 17. II. chory opuścił szpital, by za jakiś czas zgłosić się ponownie do kontroli. Rozpoznanie brzmiało: *Status post resectionem ventriculi propter ulcus, abscessus subphrenicus dexter.*

*Przyp. II.* Sch. K., l. 32, przyjęty dnia 2. VII. 1927. Wywiady: obecna choroba zaczęła się przed trzema laty dolegliwościami żołądkowymi (bóle, zwłaszcza po jedzeniu, kwaśne odbijania), i zaparciem stolca. Przez cały czas choroby były okresy polepszenia, po czym powtarzały się dolegliwości poprzednio opisane. Stolców czarnych ani wymiotów nie miał. Przy badaniu stwierdzono: nieco znaczniejsze wypuklenie klatki piersiowej po stronie prawej, w dole tamże przytłumienie na szerokość 2 palców. Wątroba obniżona, na ucisk bolesna.

Ciałek białych 16.200 w 1 mm³. Krew utajona w stolcu obecna.

Prześwietlenie klatki piersiowej: „pod prawą przeponą od przodu widoczna bania gazowa, poniżej poziomu powierzchnia płynu. Kąt przeponowo-żebrowy prawy jednostajnie przyciemniony, granica przyciemnienia przebiega skośnie".

Dnia 6. VII. nakłuto klatkę piersiową w miejscu stłumienia i wydobyto płyn surowiczy, w którym wykazano obecność łańcuszkowca długiego. Rozpoznano: *ulcus duodeni, pleuritis exsudat. dextra, abscessus subphrenicus.*

Dnia 9. VII. zabieg operacyjny potwierdził rozpoznanie. Chory po operacji miał się dobrze i dnia 20. VII. opuścił szpital z poprawą, w dobrym stanie.

*Przyp. III.* Sz. F., l. 41, przyjęty dnia 13. XII. 1928. Przed 4 laty miał objawy żołądkowe: ból w dołku podsercowym zaraz po jedzeniu, wymiotów nie było, stolec regularny; leczony na „nieżyt żołądka". Obecna choroba zaczęła się przed 3 tygodniami: nagle wystąpiły dreszcze, wysoka gorączka, wymioty i silne bóle brzucha. W następnym dniu ból ustał, wymioty zaś powtórzyły się jeszcze około 8 razy w 3 tygodniach. Stolec zaparty przez pierwszych 6 dni, następnie na przemian zaparty i rozwolniony. Do tych objawów dołączyły się obecnie bóle w dolnych częściach klatki piersiowej, nudności, brak apetytu oraz rozwolnienie (2—3 stolce dziennie). Kaszle i odpluwa plwocinę gęstą, ropną, nie cuchnącą.

Przy badaniu stwierdzono wyżej ustawioną granicę po stronie prawej na szerokość 2 palców poniżej kąta łopatki, w pasze przytłumienie od 6 żebra a z przodu od 4 żebra. Po stronie lewej wypuk jawny, szmery oddechowe pęcherzykowe. Po stronie prawej szmery pęcherzykowe osłabione a w pasze zniesione.

Dnia 13. II. wykonano próbne nakłucie jamy opłucnowej, wydobyto około 5 cm³ płynu ropnego.

Prześwietlenie klatki piersiowej: „przepona znacznie wyżej ustawiona, nieruchoma, o konturze nie ostrym (rozległe zrosty w kącie). Poniżej przepony widoczne nieduże półksiężycowate wyjaśnienia. Obraz Rtg. odpowiada ropniowi podprzeponowemu".

Dnia 14. XII. przeniesiono chorego na oddział chirurgiczny z rozpoznaniem: *„ulcus ventriculi ruptum, pleuritis purulenta dex., abscessus subphrenicus"*. Po zabiegu operacyjnym zmarł, a rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *ulcus ventriculi perforans, abscessus subperitonealis et abscessus permagnus hepatis"*.

*Przyp. IV.* B. M., l. 18, przyjęty dnia 6. XII. 1919. Obecna choroba zaczęła się przed 3 tygodniami bólami w okolicy wątroby (rozpoznano wtedy kamienie żółciowe i podano środek przeczyszczający). Dreszczy nie było, pierwszego dnia wymiotował, później wymioty ustały, ciepłota ciała dochodziła do 39,6°. Następnie bóle objęły cały prawy bok i okolicę prawego stawu barkowego, oddech stał się utrudniony, nieznaczny kaszel, ze skąpą domieszką plwociny, poty nocne, bezsenność z powodu bólu w prawym boku i w okolicy stawu barkowego.

Przy badaniu: język podsychający, klatka piersiowa długa, kąt łuków żebrowych ostry. Wypuk jawny po stronie lewej, dolna granica obniżona na szerokość 8 palców poniżej kąta łopatki. Po stronie prawej jawny do kąta łopatki, poniżej przytłumienie z przodu, przechodzące ku dołowi w stłumienie. Przysłuchem wszędzie szmery pęcherzykowe, po prawej na wysokości kąta łopatki słabsze, poniżej zupełnie zniesione. Serce: uderzenie koniuszkowe, 2 palce na zewnątrz linii sutkowej lewej, przysłuchem drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany. Powłoki brzuszne napięte, przy silnym ucisku bolesność w okolicy wątroby.

Dnia 8. XI. wykonano próbne nakłucie na szerokość 3 palców poniżej kąta łopatki, płynu nie wydobyto.

Dnia 13. XI. wynik prześwietlenia klatki piersiowej: przepona prawa 1½ dłoni wyżej ustawiona, poniżej widoczna duża bania powietrza oraz ruchoma powierzchnia płynu. Kontur przepony prawej zgrubiały, nie ostry. Przepona nieruchoma. Rozpoznanie: *abscessus subphrenicus.* Ciepłota ciała przez cały czas pobytu miała charakter zwalniający, dochodząc do 39° i obniżając się do 37°.

Dnia 14. XI. przeniesiony na oddział chirurgiczny celem wykonania zabiegu operacyjnego.

Dnia 11. XII. jako wyleczony opuścił szpital.

*Przyp. V.* W. K., l. 35, przyjęty dnia 7. III. 1929. Podaje: w czasie wojny kilkakrotnie kontuzjowany (4-krotnie). Obecna choroba zaczęła się po wojnie, wystąpiły odbijania kwaśne, pieczenie poza mostkiem oraz ból w dołku podsercowym, nieco na prawo od linii środkowej ciała. Najczęściej pojawiały się bóle po jedzeniu, występując nieraz co kilka dni, równocześnie odczuwał wzdęcia w dołku podsercowym. Przed rokiem opisane objawy wzmogły się, utrzymywały się 3 tygodnie, po czym nastąpiła poprawa. Ponowne pogorszenie przed 3 tygodniami, wystąpił silny ból w dołku podsercowym połączony z gorączką, potami oraz silne osłabienie. Ból powoli zmniejszał się, gorączka utrzymywała się, a do bólów w dołku podsercowym dołączył się jeszcze ból w okolicy obu szczytów. W ostatnich tygodniach schudł. Przy badaniu stwierdzono: język obłożony, oglądaniem stwierdzono wyraźnie zaznaczone dołki nad- i podobojczykowe. Granice płuc po lewej stronie obniżone na szerokość 6 palców poniżej kąta łopatki, po prawej z przodu do VI żebra dolnego, w pasze do VI żebra górnego, a z tyłu 4 palce poniżej kąta łopatki. Serce: bez zmian. Brzuch wzdęty, a po stronie prawej silniej wypuklony. Wypukiem sięga stłumienie wątroby na szerokość 3—4 palców poniżej łuku, w linii środkowej nie dochodzi na dwa palce do pępka. Przy obmacywaniu stwierdza się tutaj równomierny opór. Badanie krwi nie wykazało zwiększonej liczby ciałek białych (5.000).

Badanie rentgenowskie: „przepona prawa wysoko ustawiona, nieruchoma, pod przeponą powierzchnia płynu i gaz, kąt przeponowo-żebrowy nie ostry. Szczyt prawy gorzej się wyjaśnia. Ciepłota ciała podwyższona". Rozpoznano: *ulcus duodeni, abscessus subphrenicus* i przeniesiono chorego na oddział chirurgiczny celem wykonania zabiegu. Los pooperacyjny chorego nie znany.

*Przyp. VI.* M. J., l. 23, przyjęty dnia 15. IX. 1930. Przed 3 laty miewał bóle w lewym boku. Obecna choroba zaczęła się przed 14 dniami, kłuciem w prawym boku, zwłaszcza przy oddychaniu. Ból był początkowo umiejscowiony w dolnej części klatki piersiowej. Nie kaszle, odpluwa plwocinę niezbyt obfitą. Ostatnio poci się w nocy, stracił na wadze 10 kg. Poza tym ma stały ból w okolicy dołka podsercowego, zwiększający się po jedzeniu, odbijania puste bez wymiotów. Od 14 dni zaparcie stolca, z tego powodu zażywał co drugi dzień środek przeczyszczający.

Przy badaniu stwierdzono: wypuk jawny po stronie lewej, dolna granica na szerokość 4 palców poniżej kąta łopatki, ruchoma. Po stronie prawej przytłumienie od kąta łopatki, szmery oddechowe osłabione, drżenie zniesione. Wątroba macalna pod łukiem, sięga do połowy odległości pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem.

Prześwietlenie płuc: szczyt lewy nieco gorzej powietrzny, dość liczne, zmienione gruczoły wnękowe, przepona gorzej ruchoma, silny zrost w kącie prawym.

Dnia 17. IX. ból i zwiększona obrona mięśniowa w okolicy kątnicy. Badanie krwi: zwiększona ilość ciałek białych (18.000).

Przez cały czas pobytu na oddziale ciepłota ciała podwyższona, o charakterze zwalniającym. Mocz bez zmian. Rozpoznano: *abscessus in regione hepatis* i dnia 24. IX. przeniesiono chorego na oddział chirurgiczny, gdzie przy zabiegu stwierdzono obecność ropnia podprzeponowego. Po zabiegu, dnia 9. XI. chory wyleczony opuścił Szpital.

*Przyp. VII.* B. L., l. 29, przyjęty dnia 25. VII. 1931. Przed 10 laty przebył dur plamisty. Obecna choroba zaczęła się przed 5 tygodniami, na drugi dzień po „przeziębieniu" wystąpił silny ból w „prawym boku", połączony z dreszczami. Przez 2 tygodnie leczył się w szpitalu (Równe), gdzie robiono próbne nakłucie, przy czym wydobyto płyn krwawy. Ponieważ stan nie ulegał poprawie, zgłasza się do Szpitala Lwowskiego podając dodatkowo, że czasami wymiotował, a gorączka dochodziła do 39°, apetyt utrzymany. Przy badaniu stwierdzono: skrócenie wypuku nad szczytami. Po stronie lewej z tyłu wypuk jawny, dolna granica na szerokość 4 palców poniżej kąta łopatki ruchoma, drżenie prawidłowe, przysłuchem szmery pęcherzykowe. Po stronie prawej dolna granica z przodu IV dolne żebro, w pasze V dolne żebro, a z tyłu 2 palce poniżej kąta łopatki stłumienie zupełne. W miejscu stłumienia szmery oddechowe słabsze, drżenie zniesione, prawa strona klatki piersiowej silnie wysklepiona, przy dotyku silna bolesność prawej pachy. Serce: w granicach prawidłowych, tony czyste. Mocz: bez zmian. Badanie krwi: ciałek białych 14.000, segmentowanych 76%, pałeczkowatych 4.1%, młodych 1%, limfocytów 18%, monocytów 1%.

Dnia 27. VII. wykonano prześwietlenie płuc: „pod przeponą prawą widoczna bania powietrzna oraz ruchoma powierzchnia płynu. *Abscessus subphrenicus*".

Dnia 28. VII. przeniesiony na oddział chirurgiczny do zabiegu operacyjnego z rozpoznaniem: *Abscessus subphrenicus, pleuritis exsudativa dextra.* Zabiegu operacyjnego nie wykonano i dnia 29. VII. chory zmarł. Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *appendicitis et periappendicitis chr.; Abscessus subphrenicus et abscessus multiplices hepatis lobi dextri, pyothorax dexter.*

*Przyp. VIII.* Z. R., l. 45, przyjęty dnia 16. VIII. 1934. W dzieciństwie przebył odrę i zapalenie płuc, w 25 roku życia miał karbunkuły, które powtórzyły się w czerwcu br. Przed 3 tygodniami wystąpiło kłucie w lewym boku, ogólne osłabienie, czasami dreszcze, a od 2 tygodni suchy kaszel. Dnia 14. VIII. w nocy wystąpiło silne bicie serca oraz znaczny ból w lewym boku tak, że nie mógł kaszlać ani oddychać, miała też być podniesiona ciepłota.

Przy badaniu stwierdzono: na karku zoperowany karbunkuł, język suchy, obłożony. Wypuk nad klatką piersiową po stronie prawej jawny, granica obniżona, 7 palców poniżej kąta łopatki, przysłuchem szmery pęcherzykowe. Z przodu wypuk jawny, serce przesunięte na stronę prawą, przysłuchem: tony czyste. Po stronie lewej klatka piersiowa szersza, przestwory międzyżebrowe wygładzone, gorsza ruchomość oddechowa. Z przodu od obojczyka przytłumienie, przechodzące w stłumienie. Nad obojczykiem szmer oddechowy oskrzelowy, słabnący ku dołowi. Z tyłu po stronie lewej od grzebienia łopatki stłumiony, w miejscu stłumienia szmery oddechowe osłabione, o charakterze oskrzelowym.

Dnia 17. VIII. wykonano próbne nakłucie klatki piersiowej po stronie lewej i wydobyto płyn ropny. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność gronkowców i łańcuszkowców.

Dwukrotnie wykonano upust płynu, pierwszy raz 400 cm³ ropy, dnia 22. VII. 1.800 cm³. Po upustach samopoczucie chorego polepszało się.

Dnia 23. VII. znaczne pogorszenie, duszność, chory zmarł.

Rozpoznanie brzmiało: *Pyothorax sinister, myodegeneratio et dislocatio cordis, vulnus nuchae post operationem carbunculi.*

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Carbunculus nuchae, pyothorax sin., abscessus renis sin., tumor septicus lienis. Endocarditis chr. fibrosa valv. semilun. aortae subsequente stenosi et insuff. ostii arteriosi sin.*

*Przyp. IX.* Kl. J., l. 40, przyjęty dnia 7. IV. 1934. Od dziesięciu lat zapadał kilka razy do roku na żołądek, miewał wtedy bóle w dołku podsercowym, które występowały nieregularnie przed lub po jedzeniu. Równocześnie: zgaga, wymioty i zaparcie stolca. W ostatnim roku objawy te powtarzały się częściej o znaczniejszym nasileniu. Dnia 21. III. wystąpiły bardzo silne bóle w jamie brzusznej, przez 8 dni leczony w szpitalu (Zamość). W pierwszych dniach ciepłota dochodziła do 39°, w 3 dniu wystąpiły fusowate wymioty, po których ból zła-

godniał, a stolce były czarne. W ostatnich dwu dniach nie ma bólów samoistnych, tylko przy kaszlu.

Klatka piersiowa: wypuk jawny, po stronie prawej, w dole, od kąta łopatki stłumiony, drżenie nieco słabsze, szmery osłabione, w dole wydech oskrzelowy. Okolica prawego podżebrza i dołka podsercowego wzdęta i na dotyk bardzo bolesna, stłumienie wątrobowe zniesione. Roentgen klatki piersiowej: przepona prawa 3 palce wyżej ustawiona, słabo ruchoma, wykazuje opóźnienie przy ruchach oddechowych. Kąt przeponowo-żebrowy prawy zaciemniony. W jamie brzusznej widoczne powierzchnie płynu.

Nakłucie próbne, wykonane w miejscu największego stłumienia: płynu nie wydobyto. W czasie pobytu w szpitalu nie gorączkuje. Ilość ciałek białych 13.100.

Dnia 11. IV. wystąpiły silne bóle w dołku podsercowym, ciepłota 37,4°, brzuch przy obmacywaniu i lekkim opukiwaniu bardzo bolesny, chirurg nie radzi wykonywać w tym stanie zabiegu operacyjnego.

Dnia 12. IV. chory umiera wśród obfitych, krwawych wymiotów.

Rozpoznanie: *ulcus duodeni, perigastritis, peritonitis diffusa, pleuritis dextra*

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *ulcus pepticum duodeni perforans subsq. abscessu infrahepatico et subphrenico, perforationes multiplices absc. subphr. in cavum pleuralem et pericardialem. Pleuritis serofibrinosa.*

*Przyp. X.* O. H., l. 47, przyjęty dnia 13. V. 1934. Od 2 lat cierpi na żołądek, miewa kwaśne odbijania oraz bóle występujące w 2—3 godziny po jedzeniu, po stronie prawej, poniżej łuku żebrowego; wymiotów nie było. Obecnie od 3 dni wystąpiły bardzo silne bóle o charakterze kurczów, umiejscowione po stronie prawej powyżej pępka, a promieniujące do okolicy lędźwiowej i wzdłuż mostka. Z początku przez 24 godzin wiatry zatrzymane, stolec zaparty, wymiotów ani nudności nie było. Ciepłota z początku 37.6°. Przy głębokim wdechu ból w klatce piersiowej po prawej stronie, od dnia 18. V. kaszle i odpluwa plwocinę ropną. Klatka piersiowa: po stronie lewej wypuk jawny, szmery oddechowe pęcherzykowe. Po stronie prawej przytłumienie z tyłu od kąta łopatki, z przodu dolna granica na wysokości V żebra, w pasze na wysokości VI żebra. Przysłuchem w dole, po stronie prawej wdech nieoznaczony, wydech oskrzelowy. Okolica lędźwiowa prawa więcej wypełniona, bolesna przy oklepywaniu. Badanie krwi: ilość ciałek białych 10.000.

Dnia 16. V. Rtg. klatki piersiowej: kontur prawej przepony nieostry, przepona nieruchoma, kąt zaciemniony, pole płucne prawe tuż nad przeponą gorzej powietrzne. Zwapnienie chrząstek żebra I.

Dnia 19. V. w górnym prawym kwadrancie jamy brzusznej macalny opór.

Dnia 26. V. wątroba sięga wypukiem na szerokość 2 palców poniżej łuku.

Z tyłu klatki piersiowej po stronie prawej poniżej kąta łopatki ślad tarcia. Kilkakrotne badanie kału na krew utajoną wypadało dodatnio.

Dnia 28. V. ponowne prześwietlenie klatki piersiowej: przepona prawa nieruchoma o cieniu nieostrym, poniżej przepony duża powierzchnia płynu. *Abscessus subphrenicus.*

Dnia 30. V. przeniesiony na oddział chirurgiczny, z rozpoznaniem *ulcus duodeni, abscessus subphrenicus,* nieoperowany, zmarł dnia 11. VI. Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *ulcus duodeni, abscessus subphrenicus. Pyothorax.*

*Przyp. XI.* M. A., l. 54, przyjęty dnia 30. I. 1934. W 20 roku życia dur brzuszny, kilkakrotnie lekkie zapalenie gardła. Obecna choroba zaczęła się nagle przed 3 tygodniami wśród dreszczy i gorączki dochodzącej do 39.5°, w kilka dni potem wystąpiły bóle w okolicy pępka, promieniujące do dołka podsercowego i prawego boku, silna czkawka. Od tego czasu stolce zaparte, tak, że musiał brać środki przeczyszczające. Ciepłota ciała podwyższona (dochodząca do 39°) utrzymuje się do chwili obecnej. Badanie moczu: w osadzie ciałka białe, 8—10 w polu widzenia. Skóra o odcieniu żółtaczkowym. Nad płucami wypuk jawny, po stronie prawej na szerokość 2 palców poniżej kąta łopatki przytłumienie, tamże szmery osłabione. Wątroba sięga na 3 palce poniżej łuku, w linii środkowej dochodzi do pępka. Ilość ciałek białych 9.200. Nakłucie próbne wykonane w miejscu stłumienia wykazało płyn ropny, cuchnący.

Dnia 31. I. przeniesiony na oddział chirurgiczny z rozpoznaniem *Abscessus subphrenicus,* dnia 21. II. opuścił oddział wyleczony *(resectio costae).*

*Przyp. XII.* K. J., l. 40, przyjęty dnia 25. IV. 1935. Od 10 roku życia chorował na żołądek, występowały często bóle (charakteru ich bliżej podać nie umie), co trwało do 15 roku życia. W 26 roku życia ponownie zachorował na żołądek, przy wstrząsach (jazda wozem) występowały bóle w dołku podsercowym, rozchodzące się na cały brzuch, połączone z nudnościami i wymiotami. Przed 11 laty zauważył, że stolec był czarny. Obecna choroba zaczęła się nagle przed 2 dniami napadem silnego bólu w prawym podżebrzu, który promieniował ku całej jamie brzusznej i do prawej łopatki tak, że nie mógł się ani ruszać ani oddychać.

Badanie moczu: ślad białka, w osadzie gdzieniegdzie ciałko czerwone. Klatka piersiowa: z przodu po stronie prawej wypuk jawny z odcieniem bębenkowym, w pasze od IV żebra stłumienie, a z tyłu palec poniżej kąta łopatki. Przysłuchem w miejscu stłumienia słabsze szmery oddechowe. Stłumienie wątrobowe zniesione, powłoki brzuszne w górnych częściach silnie napięte. Ilość ciałek białych 9.400 (segmentowanych 75%, pałeczkowatych 3%, limfocytów 15%, monocytów 7%).

Roentgen klatki piersiowej: „przepona prawa nieco wyżej ustawiona, o konturze nieostrym, prawie nieruchoma, kąt prawy zaciemniony. Przepona lewa podepchana ku górze. Na zdjęciu, poniżej prawej przepony, widoczna pozioma powierzchnia płynu, powyżej bania gazu. *Abscessus subphrenicus*".

Dnia 24. IV. przeniesiony na Oddz. Chirurgiczny z rozpoznaniem: ropień podprzeponowy.

Dnia 5. V. chory zmarł po zabiegu chirurgicznym *res. costae.*

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *ulcus chronicum pepticum duodeni ad pylorum perforans, adhaesiones ulceris c. vesica fellea. Suppuratio in adhaesionibus, pleuritis fibrinosa recens et perihepatitis recens.*

*Przyp. XIII.* D. A., l. 56, przyjęty dnia 11. IV. 1935. Obecna choroba zaczęła się przed 5 tygodniami kłuciem w prawym boku i bólem w prawej okolicy lędźwiowej, oraz kaszlem z plwociną śluzową. Po leczeniu wszystkie objawy ustąpiły. Przed 2 tygodniami ponownie wystąpiła gorączka i wyżej opisane objawy. Przed 2 dniami przy próbnym nakłuciu wydobyto ropę. Obecnie czuje się osłabiony, miewa dreszcze, kaszle wiele i odpluwa dużo plwociny śluzowo-ropnej.

Klatka piersiowa: wypuk jawny po stronie lewej, a po stronie prawej stłumienie, z przodu V żebro, w pasze VI żebro, z tyłu zaś od kąta łopatki. Szmery oddechowe w miejscu stłumienia osłabione. Dnia 15. IV. nakłucie próbne, w miejscu stłumienia wydobyto gęstą ropę. Rtg. klatki piersiowej: przepona prawa podepchana przez dużą banię gazu, poniżej bani gazowej widoczna pozioma, ruchoma powierzchnia płynu, przebiegająca przez całą szerokość pola płucnego.

Dnia 18. IV. przeniesiony na Oddział Chirurgiczny z rozpoznaniem: *Abscessus subphrenicus.* Tamże operowany i w bardzo ciężkim stanie zabrany do domu.

*Przyp. XIV.* Z. J., l. 50, przyjęty dnia 24. VIII. 1936. Ubiegłego roku zauważył przepuklinę pachwinową po stronie prawej, a od tygodnia ma również przepuklinę po stronie lewej. Obecna choroba zaczęła się przed tygodniem, gwałtownym bólem w krzyżach, który utrzymywał się przez kilka dni, promieniując do pachwiny oraz do jąder. Równocześnie odczuwał parcie na mocz oraz pieczenie przy oddawaniu moczu. Apetyt obecnie gorszy, stolec regularny. Badanie moczu: białka ślad, w osadzie bezpostaciowe moczany, nieliczne kryształki szczawianów, ciałka białe. Przy badaniu stwierdzono: wzrost średni, płuca w granicach prawidłowych, w dolnych częściach świsty, furczenia. Serce w granicach prawidłowych, nad ujściami głuche tony. Jama brzuszna: w linii środkowej 3 palce ponad pępkiem przepuklina tkliwa przy obmacywaniu, wątroba sięga na szerokość palca niżej łuku. Obustronna przepuklina pachwinowa, lewy otwór kanału pachwinowego przepuszcza 2 palce. Lewa okolica lędźwiowa bolesna przy oklepywaniu. Badanie urologiczne i zdjęcie rentgenowskie nerek zmian nie wykazały.

Dnia 29. VIII. chory skarży się na bóle w okolicy lewego podżebrza od strony bocznej przedniej i tylnej. Bóle te były szczególnie silne w nocy i promieniowały do lewego barku, oprócz tego miał pokłuwanie w okolicy serca, a w pozycji siedzącej ma odbijania.

Dnia 1. IX. badanie treści żołądkowej nie wykazało odchyleń od normy.

Dnia 4. IX. Rtg. przewodu pokarmowego: pod lewą przeponą widoczna, pozioma, ruchoma powierzchnia płynu, długości 6 cm. Żołądek początkowo w kształcie kaskady, potem kształtu rogu, leży w środku, sięga do *crista,* fałdy zgrubiałe, perystaltyka normalna, czas opróżniania w granicach prawidłowych, *bulbus* leży od tyłu w cieniu powiększonej wątroby, wykazuje rozległe zrosty. Ruchomość żołądka upośledzona. Dnia 7. IX. dwukrotnie podane ciało cieniujące wypełnia skąpo kiszkę gru-

bą, w zakresie *descendens* i *ampulla recti* kiszka zupełnie nieprzesuwalna, zaburzeń w przechodzeniu treści nie wykazuje. Na zdjęciu obraz taki, jak na prześwietleniu.

Dnia 16. IX. chory ma mniejsze bóle w lewym boku, natomiast silne bóle w okolicy stawu barkowego lewego, bez upośledzenia ruchomości.

Badanie krwi: ilość ciałek białych 9.000, koło kostek wystąpiły obrzęki.

Dnia 18. IX. stan lepszy, obrzęki mniejsze, wystąpiła biegunka.

Dnia 23. IX. ilość ciałek białych 7.000 (segmentowanych 75%, pałeczkowatych 3%, kwasochłonnych 2%, limfocytów 20%.

Dnia 24. IX. wykonano próbne nakłucie w okolicy między X a XI żebrem z tyłu po stronie lewej, ropy nie stwierdzono.

Dnia 25. IX. również próbne nakłucie pod kontrolą rentgenologiczną wypadło ujemnie .

Dnia 27. IX. stan ogólny lepszy, tętno miarowe, dobrze napięte.

Dnia 3. X. stan gorszy, ból w prawym boku.

Dnia 5. X. nagle wystąpił znaczny ból całego brzucha, powłoki brzuszne silnie napięte, tętno szybkie, słabo napięte, zatrzymanie wiatrów. Stan taki utrzymywał się przez kilka dni, ze względu na ogólny zły stan nie można było wykonać zabiegu operacyjnego i dnia 8. X. chory zmarł.

Rozpoznanie brzmiało: *ulcus ventriculi, perigastritis, abscessus subphrenicus, myodegeneratio cordis in stad. decompensationis.*

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *ulcera traumatica jejuni, abscessus saccatus peritonei in regione subphrenico sinistro, concretiones peritoneales, peritonitis fibrinosa purulenta chr. Tumor lienis septicus. Degeneratio parenchymatosa organorum. Concretiones pleurales ambilat. Dilatatio cordis, anaemia, cachexia.*

*Przyp. XV.* T. M., l. 20, przyjęty dnia 19. II. 1935. Od 12 roku życia skarży się na dolegliwości żołądkowe, występujące w związku z przyjmowaniem pokarmów. W okolicy pępka występowały bóle, które ustępowały na kilka lat, a potem znowu się pojawiały. Obecna choroba zaczęła się przed rokiem bólem i gnieceniem w dołku podsercowym, niezależnie od jedzenia, zmniejszającym się jednak nieco po przyjęciu pokarmów. Ostatnio wzmogły się wyżej opisane objawy, połączone z pieczeniem w gardle, apetyt utrzymany. Stolec zaparty, dotychczas 2 razy zauważył czarne stolce. Przy badaniu stwierdzono jedynie znaczniejszą bolesność w górnym, prawym kwadrancie jamy brzusznej. Poza tym pola płucne i serce bez zmian.

Dnia 21. IX. próba benzydynowa na krew utajoną w stolcu ujemna.

Dnia 23. IX. Rtg.: żołądek dobrze toniczny, sięga biegunem 3 palce poniżej *crista*, czas opróżnienia nie opóźniony. Płynu na palec, opuszka wykazuje bezpośrednie objawy wrzodu.

Dnia 27. IX. stwierdzono bardzo silną bolesność w prawym górnym odcinku oraz obronę mięśniową, rozpoznano *periduodenitis.*

Dnia 17. X. ponieważ przez cały czas obserwacji próba benzydynowa na krew utajoną była ujemną, ogólny stan uległ poprawie (bóle i napięcie mięśniowe mniejsze) założono sondę żołądkową. Kwasota była następująca: na czczo kwas solny wolny: 0, ogólna kwasota 12; po próbnym śniadaniu kwas solny wolny: 9, ogólna kwasota 27.

Dnia 19. X. prześwietlenie klatki piersiowej: pola płucne bez zmian, poniżej przepony prawej widoczna bania gazu oraz powierzchnia płynu. *Abscessus subphrenicus.*

Dnia 20. X. wykonano próbne nakłucie klatki piersiowej po stronie prawej i wydobyto około 50 cm³ płynu surowiczego, jałowego.

Dnia 25. X. chory odczuwa tępe bóle w prawym podżebrzu, a przy opukiwaniu stwierdza się stłumienie sięgające dwa palce poniżej łopatki w dół, ze zniesieniem szmerów oddechowych i drżenia. Wykonano ponownie próbne nakłucie jamy opłucnej i wydobyto 200 cm³ surowiczego płynu, zawierającego przewagę ciałek białych wielojądrzastych.

Dnia 29. X. stan stale poprawia się.

Dnia 2. XI kał czarny, próba na krew utajoną natychmiast dodatnia.

Dnia 7. XI. upuszczono 200 cm³ płynu lekko mętnego.

10. XI. stolec jasny, próba benzydynowa na krew utajoną ujemna.

Dnia 12. XI. chory skarży się na bóle w prawym barku.

Dnia 14. XI. kontrolne prześwietlenie klatki piersiowej: przepona prawa ustawiona wyżej na 3 palce, nieruchoma, kąt zaciemniony. Poniżej przepony widoczna ruchoma powierzchnia płynu, długości 6 cm; powyżej bania gazu.

Dnia 20. XI. chory skarży się na uczucie ciężaru w przedniej dolnej części klatki piersiowej przy oddychaniu; próba na krew utajoną ponownie dodatnia.

Dnia 25. XI. Rtg. klatki piersiowej: poniżej przepony prawej widoczna szeroka powierzchnia płynu o poziomej ruchomej granicy. W kącie przeponowo-żebrowym prawym mała ilość płynu. Przepona prawa nieruchoma. *Abscessus subphrenicus. Pleuritis exsudativa dextra.*

Dnia 12. XII. doradzano choremu zabieg operacyjny, na który nie zgodził się i opuścił szpital z poleceniem zgłoszenia się w razie pogorszenia. Ciepłota ciała wahała się od 37—38° w pierwszym tygodniu, następnie zaś obniżyła się do 37° i kilku dziesiętnych.

Dnia 11. III. 1936 ponownie przyjęty do szpitala podaje: po kilkudniowym leżeniu w łóżku w domu, zaczął chodzić. Stale gorączkował, jednak ciepłota ciała nie przekraczała nigdy 38°, z tym, że zwyżki były tylko wieczorami, a rano ciepłota wracała do normy. Bólów samoistnych nie miał, jedynie okolica prawego podżebrza była tkliwa na ucisk. Apetyt słaby, nieco lepszy jednak niż dawniej, przybrał na wadze 2.5 kg. Przy badaniu stwierdzono: po stronie prawej w dole 2 palce poniżej kąta łopatki stłumienie, z przodu dolna granica sięga do IV dolnego żebra, w miejscu stłumienia szmery osłabione, z przodu zaś delikatne tarcie opłucnowe. Okolica prawego podżebrza wypuklona, tkliwa. Wątroba sięga 3 palce poniżej łuku, do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem w linii środkowej, prawa okolica lędźwiowa pełniejsza przy oburęcznym obmacywaniu.

Ilość ciałek białych: 13.000 (segmentowanych 64%, pałeczkowatych 22%, kwasochłonnych 1%, limfocytów 12%, monocytów 1%).

Dnia 11. III. Rtg. klatki piersiowej: obie przepony, zwłaszcza prawa, wysoko ustawione, przepona prawa nieruchoma, wątroba o nasyceniu niejednolitym.

Dnia 14. III. na Oddziale Chirurgicznym wykonano nakłucie podprzeponowe i wydobyto płyn ropny. Wieczorem ciepłota 38.6°.

Dnia 15. IV. na własne żądanie opuszcza oddział, mimo zwrócenia uwagi, że stan jego wymaga zabiegu operacyjnego.

Dnia 14. V. ponownie przyjęty do szpitala, podaje następujące wywiady: po opuszczeniu szpitala czuł się lepiej, jedynie czasami odczuwał lekki ból w dolnej części prawej połowy klatki piersiowej. Przez cały czas gorączkował, kaszlał i odpluwał plwocinę śluzową. Od 10 dni zauważył, że przy kaszlu odpluwa bardzo dużo plwociny zielonkawej, silnie cuchnącej. Od czasu napadowego kaszlu, spadek ciepłoty. Napady kaszlu trwają po kilka godzin, powodując u chorego silne wymioty. Podczas napadu kaszlu odpluwa ½—1 szklanki plwociny.

Przy badaniu stwierdzono: od kąta prawej łopatki przytłumienie, drżenie osłabione, szmery oddechowe osłabione, a na granicy przytłumienia trochę rzężeń. Z przodu przytłumienie od IV żebra, a w pasze od V żebra. Wątroba sięga 2 palce poniżej łuku żebrowego.

Dnia 16. V. Rtg. klatki piersiowej: pole płucne prawe, w dole, na wysokość dłoni intensywnie, jednolicie zaciemnione, górna granica zaciemnienia ostra. Badanie plwociny: włókna elastyczne nieobecne. Próba benzydynowa na krew utajoną ujemna. Ciepłota dochodzi do 37°.

Dnia 17. V. przeniesiono chorego na Oddział Chirurgiczny celem wykonania zabiegu operacyjnego z rozpoznaniem: *ulcus duodeni ruptum, pleuritis chronica dextra, abscessus subphrenicus et abscessus pulmonis dextri.*

Dnia 18. V. dokonano wycięcia XII żebra, natrafiono na ropę i założono dren.

Dnia 20. V. chory zmarł. Wynik autopsji: *Status post „drainage" abscessus. Abscessus chronicus permagnus subphrenicus Peritonitis fibrinoso-purulenta diffusa. Ulcus chronicum duodeni. Concretiones peritoneales pericholecystitici, perihepatici et periduodenales. Tumor lienis septicus. Bronchopneumonia confluens lobi inferioris dextri. Concretiones pleurales lateris dextri. Anaemia et cachexia universalis maioris gradus. Degeneratio organorum parenchymatosa.*

W zebranym naszym materiale, wrzód żołądka, a zwłaszcza wrzód dwunastnicy były dość często, bo aż w 55% przypadków, przyczyną powstania ropnia podprzeponowego. Chociaż zbyt skąpa ilość zbadanych przypadków nie uprawnia może do wysnuwania z tego poważniejszych wniosków, to jednak nie można się oprzeć wrażeniu, że wrzód dwunastnicy i żołądka odgrywa o wiele ważniejszą rolę w powstawaniu ropnia, niż to się zwykło przyjmować. Szczególnie wybitnie zaznacza się ta

przewaga u chorych po 30 roku życia, co można by wiązać z większą częstością występowania w tym wieku wrzodu dwunastnicy i żołądka.

Poza wrzodem dwunastnicy przyczyną powstawania ropienia w przestrzeni podprzeponowej było zapalenie wyrostka robaczkowego w 20% przypadków, uraz i czyraczność dały powód do ropienia w 13.2%. Ropni podprzeponowych o niezbadanej przyczynie było również 13.2%.

Wiek nie odgrywał w naszym materiale większej roli, gdyż ropnie podprzeponowe występowały w każdym wieku od 18 do 56 roku życia, najczęściej jednak między 20 a 40 rokiem życia. W obrazie Rtg. przedstawiał się ropień w postaci cienia o poziomej powierzchni płynu, z banią gazową ponad nią w 12 przypadkach, w 2 przypadkach nie wykonano prześwietlenia, gdyż konieczność szybkiego wykonania zabiegu operacyjnego zmuszały do pośpiechu. Tylko w 1 przypadku wynik prześwietlania był ujemny. Przypadki ropnia podprzeponowego z zawartością gazu (banią gazową) w obrazie Rtg., były najczęściej następstwem przebicia wrzodu dwunastnicy lub żołądka, rzadziej wychodziły z zapalenia wyrostka robaczkowego. Rozpoznanie Rtg. ropnia podprzeponowego znalazło potwierdzenie tak w próbnym nakłuciu ropnia, jak i w czasie samego zabiegu operacyjnego, a w przypadkach zakończonych śmiercią na autopsji. Zwiększoną liczbę ciałek białych stwierdzono w 50% przypadków od 10.000—16.000, z przesunięciem obrazu na lewo. Do zabiegu operacyjnego skierowano 8 chorych (około 50%), z czego 4 chorych zmarło, a pozostali 4 opuścili Szpital w dobrym stanie. Lepszy wynik operacyjny osiągnięto u chorych w wieku do 35 lat, po 40 roku życia śmiertelność była większa.

Śmiertelność chorych nie operowanych była prawie 100%, gdyż na 7 nie operowanych chorych zmarło 5. Ostateczny zaś los pozostałych chorych jest nieznany (chociaż opuścili oni oddział w tak ciężkim stanie, że możliwość zejścia śmiertelnego jest prawie pewna).

Jak widać ropień podprzeponowy należy do schorzeń może częstszych, niż zwykło się przyjmować. Przebieg zaś samego schorzenia jest najczęściej bardzo ciężki, wymagający bezwzględnie leczenia operacyjnego. Wyjątek stanowią te przypadki, w których wysięk, gromadzący się pod przeponą, ma charakter surowiczy, jest jałowy i nie przechodzi w ropienie, lecz cofa się nawet bez zabiegu operacyjnego. Leczenie wewnętrzne, ściśle objawowe, przeważnie zawodzi, przypadki zaś nie operowane wcześnie, kończą się zazwyczaj śmiertelnie.

*Piśmiennictwo:*

Biegański: Diagnostyka chorób wewnętrznych. 1903. — Biegański: Medycyna. 26 i 27. 1893. — Beye, Howard L.: J. Thorac. Surg. 1. 655—662. 1932. — Chełchowski: Gaz. Lek. Nr 48. 1893. — Cahen Jean et Paul Cogniaux: J. chir. et Ann. Soc. belge chir. Nr 39. 99. 1934. — David: Gaz. Hop. Nr 90/92. 1933. — Dziembowski: Nowiny Lek. Nr 8. Str. 401. 1905. — Elkin: J amer. med. Assoc. 1931. — Grünbaum: Gaz. Lek. Nr 19. Str. 478. 1901. — Graber A.: Kr. Str. R. 1925. Nr 1. Str. 31. — Gerhard Janz: Arch. Klin.-Chir. 178. 482—494. 1933. — Harttung H.: Zbl. Chir. S. 1750—1755. 1934. — Janik A.: Prakt. Lek. Str. 24. 1931. — Kijewski: Gaz. Lek. Nr 1. 1893; Nr 2, 3, 4, 5. 1894. — Kovács: Wien. Klin. Wschr. Jg. 3. Nr 44. S. 2012—2014. — Korčitz E.: Turkest. med. żurnal. 465—475. 1925. — Kinkert sr. H.: Geneesk. Gids. Jg. 2. H. 3. S. 49—57. 1924. — Kohlmann Gerd.: Fortschr. a. d. Geb. d. Rtgstr. Bd. 32. H. 3/4. S. 228—243. 1924. — Källmark: Acta chir. scand. Bd. 57. H. 1/2. S. 169—181. 1924. — Lotsch F.: Klin. Wschr. Jg. 3. Nr 44. S. 2012—2014. 1924. — Majewski A.: Gaz. Lek. Nr 9. Str. 214. 1900. — Mc Namec E. P.: Amer. J. Roentgenol. 24. 125—139. 1930. — Montanari, Arrigo: Riv. Klin. med. 34. 335—376, 403—417, 475—508. 1932. — Nägelsbach E.: Münch. med. Wschr. 11. 1082—1083. 1932. — Ochsner, Alton: Internat. Clin. 2. Ser. 41. 79—94. 1931. — Ochsner, Alton and Amos M. Graves: Ann. Surg. 98. 961—990. 1933. — Paolini, Renato et Antonio D'Istria: Riforma med. 44. 909—912. 1928. — Palma, Raffaele: Riforma med. 909—910. 1935. — Schwartz J.: Arch. Surg. 20. 317—322. 1930. — Szacsvay István v.: Bruns Beitr. 160. S. 591—609. 1934. — Trevani E.: Dtsch. Z. Chir. 237. 751—755. 1932. — Wiener P.: Münch. med. Wschr. S. 47—49. 1924. — Werwath K.: Zbl. Chir. 29—31. 1930. — Zdansky E.: Wien. Arch. f. innere Med. S. 275. 1927.

## FELIETON.

Doc. dr Stefan Łukasz KWIATKOWSKI. Lwów.

### Wrażenia z podróży po Nowej Italii.

Ciąg dalszy.

### FLORENCJA.

Z Bolonii do Florencji jadę nową linią kolejową, wybudowaną przed 3-ma laty i znacznie skracającą podróż. Jest to jedna z najśmielszych konstrukcyj kolejowych na świecie: musiano przebić się przez Apeniny tunelem długim na 18 km (najdłuższy na świecie dwutorowy tunel!). W ogóle w dziedzinie komunikacji zrobiły Włochy olbrzymi postęp. Jeśli weźmie się pod uwagę górzysty teren półwyspu i w związku z tym pozostającą konieczność budowy mnóstwa krótszych lub dłuższych tuneli, mostów, przepustów itd. — wówczas zrozumie się dobrze ogromny wysiłek, jaki pochłonęło wybudowanie 3.500 km *nowych* dróg kolejowych. A wysiłek to tym większy, że równocześnie szybkim tempem postępuje we Włoszech elektryfikacja kolei: do r. 1922 było zelektryfikowanych 700 km dróg żelaznych. Dziś długość ich wynosi 2.030 km; wzrosła zatem w ciągu kilkunastu lat 3-krotnie (Baravelli: *„Politique des travaux publics du régime fasciste"*, Roma A. XIII).

A *szosy* włoskie? Mają już one światową sławę. Z okien pociągu widać gładkie, lśniące wstęgi alfaltowych dróg — innych prawie tam nie budują. I dlatego na każdym kroku spotyka się samochody, opatrzone znakami zagranicznymi. Stoją one długimi szeregami przed muzeami, parkami, pomnikami, a na rzymskiej *Via del Impero* mknie nieomal tyle wozów zagranicznych, ile włoskich. Zaopatrzono w nową nawierzchnię (przeważnie asfaltową) lub wybudowano nowych dróg 10.000 km; zbudowano setki mostów. Niezależnie od gościńców, przeznaczonych dla pojazdów wszelkiego rodzaju, wybudowano *autostrady:* ponad 500 km tych idealnych a wyłącznie dla ruchu samochodowego przeznaczonych dróg, na których samochód może rozwinąć maksymalną szybkość bez obawy przed ostrymi wirażami, bez troski o skrzyżowania. I znów mosty, a wiadukty, a przepusty — zawrotne cyfry. Całe Włochy pełne są tych cyfr, obrazujących pracę narodu i mierzących wysiłek i trud mięśni a mózgów włoskich na: kilometry, metry sześcienne i kwadratowe, na tony. I co ważniejsze, że te „metry", a „kilometry", a „tony" — nie są jakimś wymysłem fantazji, lecz istnieją, naprawdę *istnieją*. Widać je wszędzie; na każdym kroku widzi się nowe budowle, nowe mosty i nowe szosy, nowe, lśniące marmurem dworce kolejowe, niespotykanych wprost rozmiarów (Mediolan, Bolonia, Wenecja itd.). Nowe szpitale, nowe kliniki, szkoły — tysiące nowych izb szkolnych (18.000); nowe boiska sportowe, biblioteki i nowe — samoloty. Niepojęte tempo pracy ludzkiej...

*Klinika Florencka* mieści się niemal w śródmieściu, przy uliczce wąskiej i mrocznej, jakich tak wiele wije się w tym ślicznym mieście. I nic od zewnątrz nie zdradza znakomitego wyposażenia tej kliniki. Gmach ogromny; niezależnie od oddziału dermatologicznego, mieszczącego ponad 100 łóżek oraz pracownie naukowe, wznosi się tuż obok Instytut Lecznictwa Fizykalnego. Dyrektorem i kliniki i instytutu jest prof. Jader Cappelli, adiunktem kliniki — prof. Venturi. Wreszcie osobno, w kompleksie budynków szpitalnych, znajduje się oddział weneryczny (*„Riparto Celtico"*).

Instytut Lecznictwa Fizykalnego jest bogato wyposażony i nie ma aparatu, którego by tam nie można było napotkać: aparaty Roentgena, Bucky'ego (najnowszy system, chłodzony wodą), Finsena itd. Jednym słowem wszystkie aparaty, wchodzące w zakres najbardziej nowoczesnego lecznictwa; umieszczone są one w osobnych, pięknie urządzonych oddziałach. Chlubą instytutu jest rad (około 2 g) i dlatego Florencja jest niejako centralą włoskiego radolecznictwa. W związku z tym pozostaje uderzająca ilość chorych na raka, jaką w klinice tej widziałem: są to chorzy, przysyłani do leczenia z innych miast włoskich. Na dużą skalę wykonują radem epilację u małych dzieci, chorych na grzybicę owłosionej skóry głowy; posługują się przy tym rurkami Dominici'ego. Do epilacji jednej głowy dziecięcej używają około 40 rurek (po 1 mg).

Materiał chorych jest bardzo duży i różnorodny. Ambulatorium liczne i powiedziałbym, że jest jednym z najbardziej godnych uwagi, jakie widziałem. W ciągu jednej ordynacji widziałem np. następujące przypadki: parałuszczycę liszajowatą, rozległy *„spinulosismus"*, gruźlicę brodawkującą u zamiatacza ulic (zakażenie od zewnątrz przy wykonywaniu zawodu!), opryszcz-

kę letnią *(Hydroa aestivalis* B a z i n a) itd. Nie wyliczam oczywiście całego szeregu przypadków mniej lub więcej pospolitych. Pod tym względem klinika florencka jest jakby miniaturą słynnej *„Consultation de la porte"* paryskiego szpitala św. Ludwika. Pod względem naukowym klinika jest bardzo czynna i ogłasza wiele i wartościowych prac; w ostatnich latach poświęciła serię badań układowi siateczkowo-śródblonkowemu skóry, a w związku z dużym materiałem nowotworowym bada ciągle zagadnienie nabłoniaków skóry (M a n g a n o t t i). Nie przypuszczałem, że tyle i tak dobrze nam znanych prac wyszło właśnie z kliniki prof. C a p p e l l i e g o. W wielu też tamtejszych kolegach poznawałem dobrze mi znanych autorów.

I znów to samo zjawisko, z jakim we Włoszech spotykałem się na każdym kroku: niezwykła uprzejmość wszystkich, dosłownie wszystkich, począwszy od szefa, prof. C a p p e l l i e g o, profesorów V e n t u r i'e g o i M a n g a n o t t i'e g o i in., a skończywszy na najmłodszym lekarzu. Uprzejmość profesorów i kolegów włoskich, a przede wszystkim ich zainteresowanie obcym porównać mógłbym ze słynną uprzejmością lekarzy londyńskich, strassburskich i wiedeńskich.

## RZYM.

Z niemniej ujmującą uprzejmością przyjęty zostałem przez dyrektora Kliniki rzymskiej prof. B o s e l l i n i e g o i jego adiunkta prof. T a r a n t e l l i'e g o. Klinika i oddział szpitalny pracują w Rzymie oddzielnie. Klinika jest mała (sześćdziesiąt kilka łóżek), bardzo czysta i dobrze wyposażona; zbudowano ją przed 40 laty. Niestety na długi okres wakacyjny zamyka się ją i tylko ambulatorium pozostaje czynne. Położona jest dość daleko od środka miasta, poza dworcem głównym, w pobliżu miasta uniwersyteckiego. W okresie, w którym ją zwiedzałem (listopad) była jeszcze na wpół wymarła; właśnie zaczęto przyjmować chorych.

Dermatologia rzymska koncentruje się ze względu na ilość chorych w szpitalu *S. Galicano,* położonym na Zatybrzu, lecz blisko śródmieścia i dlatego łatwiej dla chorych dostępnym. Niestety nie mogłem poznać osobiście prymariusza prof. M e i n e r i e g o, jednego z najwybitniejszych dermatologów włoskich. Miałem za to sposobność przekonać się, że szpital rozporządza materiałem chorych istotnie bardzo dużym: łóżek 250, chorych korzystających z porady ambulatoryjnej ponad 1.000 dziennie. Głównie choroby weneryczne, jak wszędzie, przeważa rzeżączka.

Nie nadzwyczajne wrażenie robi ten szpital. Jest to gmach schludny wprawdzie, ale stary (z r. 1725), sale chorych ogromne, niektóre mieszczące do 50 łóżek. W urządzeniu sal, w ich wyglądzie, znalazłem wiele podobieństwa do szpitala św. Ludwika w Paryżu...

Nie mogłem początkowo pojąć, dlaczego nieopodal świetnych budowli i wspaniałych pomników stoi smutny i staroświecki szpital. Czyżby w rozmachu, z jakim przebudowuje się i rozbudowuje Nowy Rzym zapomniano o szpitalnictwie?

Tak nie jest, bo kiedy potem zwiedziłem nowe „Miasto Uniwersyteckie", a zwłaszcza, kiedy poznałem przepięknie urządzony „najnowocześniejszy z nowoczesnych" Instytut F o r l a n i n i e g o — zrozumiałem, że dzisiejsze Włochy, to jedna ogromna, lecz *jeszcze nie wykończona budowla.* Spoza rusztowań i oparkanień wyłaniają się coraz to nowe gmachy, — na inne przyjdzie kolej później. Tempo przebudowy Włoch, aczkolwiek błyskawiczne, nie może jednak objąć wszystkiego *od razu.* Przez kilkadziesiąt lat, poprzedzających wojnę światową, przeprowadzano konsolidację narodu, rozbitego przez wieki na szereg malutkich państw i państewek, i tej pracy poświęcił naród cały swój twórczy wysiłek; nie stało go więc dla innych dziedzin. Dzisiejsze Włochy muszą zatem odrobić to, co zostało zaniedbane przez kilka pokoleń. Stąd ogrom zadań i pracy, jakich podjęły się Nowe Włochy. Stąd hasło doby obecnej: *„odnowić oblicze Italii".*

Niesposób zburzyć wszystko od razu, a potem od razu wszystko na nowo stworzyć. Tak wielkiego dzieła można dokonać tylko etapami i to bez chwili wytchnienia, bez wypoczynku: ledwie wyłoni się nowy jakiś gmach — już kopie się fundamenty pod drugi. Jeszcze ten nie został wykończony, a już wykreśla się plany następnej budowli — a wszystko na skalę zadziwiającą.

To jest przyczyną, że obcego przybysza, pilnie przypatrującego się dzisiejszym Włochom, uderza na każdym kroku *kontrast.* Początkowo nie pojmuje się, dlaczego obok rzeczy przepięknych, monumentalnych, istnieją smutne, brzydkie rudery. Widzi się po prostu *dwie Italie* (pomijając oczywiście zabytki rzymskie i średniowieczne): jedna ponura, skromna, smutna; druga — śliczna, luksusowa, lśniąca. Tamta stara należy do przedwojennych czasów, do tej Italii sprzed kilkudziesięciu, stu, czy stu kilkudziesięciu lat, ta druga — to Italia powojenna, nowa, „zmieniająca swoje oblicze": *to Italia młoda,* na którą spogląda się z podziwem.

I tym się tłumaczy, dlaczego w tym samym mieście obok szpitala staroświeckiego, smutnego i ciasnego, oglądać można prawdziwe cacko, luksusowego olbrzyma na 1.300 łóżek. S. G a l i c a n o — to obraz dawniejszych Włoch, Instytut C. F o r l a n i n i e g o — to *Italia Nowa* — Italia ostatnich kilkunastu lat.

## INSTYTUT FORLANINIEGO I SANATORIUM „VIALBA". FORUM MUSSOLINIEGO I MIASTO UNIWERSYTECKIE.

Instytut C. F o r l a n i n i e g o (dawną nazwę „Mussoliniego" zmieniono na obecną na życzenie szefa rządu, który w ten sposób chciał oddać hołd pamięci wynalazcy odmy piersiowej) był mi już znany z opowiadania i bardzo dobrego sprawozdania kol. H o r n u n g a[3]), który przez dłuższy czas przebywał w Instytucie na studiach. Nie będę zatem powtarzał jego doskonałego i wyczerpującego opisu i dodam tylko kilka drobnych uwag.

Instytut oczywiście zwiedziłem i jestem zdania, że każdy lekarz, bez względu na swoją specjalność, przebywający w Rzymie, powinien to uczynić: takiego gmachu, takiego wyposażenia, takiej organizacji pracy nie znajdzie chyba nigdzie. A przecież należy zważyć, że jest to „zwykły" szpital ubezpieczalni społecznej, a tylko w części klinika uniwersytecka.

To, że Instytut tak szczegółowo zwiedziłem, zawdzięczam niespotykanej wprost uprzejmości Sekretarza Generalnego dra B a s s o, który nie szczędził mi czasu ni trudu, wszędzie mnie oprowadzał, wszystko pokazywał i każdy szczegół objaśniał. A przecież byłem tylko skromnym lekarzem obcym, dermatologiem i — nie miałem żadnych listów polecających. Z taką samą uprzejmością i takąż życzliwością zostałem przyjęty przez dyrektora Instytutu prof. M o r e l l i e g o, ucznia F o r l a n i n i e g o i uczonego o światowej sławie.

O przepychu budynku, sal, korytarzy, sali wykładowej, teatralnej, pracowni naukowych, rentgenologicznych, jadalni itd. trudno mieć pojęcie bez obejrzenia tego wszystkiego. Każdy szczegół jest tam najdokładniej przemyślany. Chodziło bowiem o stworzenie pewnego typu, który by obowiązywał we wszystkich sanatoriach gruźliczych ubezpieczalni społecznych na terytorium całych Włoch („I. N. F. P. S." — *„Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale").* Plan walki z gruźlicą został stworzony i opracowany (przy osobistym zainteresowaniu szefa rządu!) i został w większej części już wykonany. Plan ten, przemyślany w najdrobniejszych szczegółach, przewidywał przymusowe ubezpieczenie od gruźlicy ludności miejskiej na terenie całych Włoch. To ubezpieczenie przeprowadzono jednak nie jednym pociągnięciem pióra i nie jednego dnia, lecz dla uniknięcia zamieszania — etapami, stopniowo. Dziś już ono powszechnie obowiązuje i właśnie robi się plany, by objąć nim stopniowo także i ludność wiejską. Stawki ubezpieczeniowe są niskie, średnio 4—5 lirów miesięcznie, płatne w dwu ratach półmiesięcznych. Podkreślę tu drobny, ale znamienny szczegół: za wpłacanie wkładek pracodawca jest oczywiście odpowiedzialny, ale w myśl zdrowego rachunku kupieckiego robi się wszystko, by mu to udogodnić; nie potrzebuje więc pchać się ani do kas ubezpieczalni, ani do okienek pocztowych. Sposób płacenia wkładek jest bardzo prosty: kupuje się specjalne znaczki i wkleja je do karty kontrolnej. Znaczki można otrzymać w każdym sklepie z papierosami, w każdym „barze". A rzeczą ubezpieczalni jest, by od czasu do czasu przeprowadzić kontrolę.

Dla leczenia chorych na gruźlicę postanowiono zbudować sanatoria na 24—25.000 chorych. Większość jest już gotowa i już w ruchu, reszta zostanie ukończona w przyszłym roku. Pomyśli ktoś, że będą to baraki lub smutne budynki koszarowo-szpitalne. Nie. Są to budowle i pomieszczenia wprost zbytkowne. Zwiedziłem sanatorium rzymskie i mediolańskie *(Vialba),* widziałem plany i fotografie wykańczanych obecnie sanatoriów wysokogórskich, tzw. *Villagio sanatoriale „B. Mussolini" w Sondalo (Valtellina),* obliczone na 2.500 łóżek. Doprawdy nie rozumiem, skąd się na to zdobywa pieniądze...

Wszystko budowane z przepychem i zbytkiem, a przy tym z niezwykłym zmysłem praktycznym: nim przystąpiono do budowy zażądano nie tylko ofert, lecz i wzorów, by najpierw *wypróbować* na prowizorycznych małych salkach najdrobniejsze szczegóły, jak np. konstrukcję leżalń, rodzaj łóżek, bielizny, pościeli, szafek, stolików, umywalek itd. Wybierano oczywiście

---

[3]) St. H o r n u n g: „Instytut przeciwgruźliczy „Carlo Forlanini" w swej obecnej siedzibie". Pol. Gaz. Lek. Nr 37, 1935.

rzeczy najpraktyczniejsze i te były wzorem, wedle którego poszły zamówienia dla *wszystkich* sanatoriów ubezpieczalni, a więc zamówienia na 24.000 łóżek, 24.000 poduszek, 24.000 kołder itd. W ten sposób nie tylko wybrano urządzenia *najlepsze*, lecz także uzyskano ceny możliwie *najniższe*, boć przecie wykonanie fabryczne dziesiątków tysięcy przedmiotów wedle wzorów ustalonych wypada bez porównania taniej, niż wyrób kilkuset, czy nawet kilku tysięcy sztuk. Dlatego też doskonałe, silne łóżko metalowe (bez luźnych spojeń) kosztowało 64 liry (dwadzieścia kilka złotych), doskonały lekki płaszcz wełniany dla chorych — 60 lirów itd. I dlatego można było sobie pozwolić na zbytek. Warto np. przyjrzeć się posłaniu łóżka chorego: na siatce sprężynowej leży grube lniane płótno dla ochrony materaców; na nim grube materace z trawy morskiej, na materacach znowu płótno, na nim *drugi* materac gruby, wełniany i dopiero na nim zaściela się prześcieradło, na którym leży chory. Sanatorium prywatne nie mogłoby stworzyć lepszego „typu" łóżka i posłania...

Jadalnie są ogromne, stoliki na 4—6 osób. Już ten drobny szczegół nadaje jadalni pewnej atmosfery ciepła i przytulności. A wikt chorych? Chleba nie ma, tylko bułki, każdy może jeść do syta. Na obiad potrawy są do wyboru wedle spisu (karty). Oczywiście ciężko chorzy jedzą w łóżku, a wymagający kuchni dietetycznej otrzymują oddzielnie potrawy. Koszty utrzymania są co prawda dość wysokie i wynoszą 7—9 lirów dziennie; ale za to wikt jest doskonały.

Niemniej imponująco przedstawia się takież samo sanatorium ubezpieczalni społecznej w Mediolanie.

„*Ospedale Sanatorio di Vialba*". System budowli jest tu odmienny, raczej pawilonowy, przy czym poszczególne pawilony są rozmieszczone w kształcie litery „X". Ich rozkład jest tak obmyślany, by wszystkie pokoje dla chorych i leżalnie zwrócone były na południe. Nie ma tu może takiego zewnętrznego zbytku, z jakim zbudowano Instytut Forlaniniego, jednakże urządzenie wewnętrzne, a więc sal chorych, operacyjnych, pracowni rentgenologicznych i naukowych, oraz wyposażenie w sprzęty i aparaty jest takie same. Sanatorium, przeznaczone dla 1.100 chorych, prowadzone jest wzorowo przez prof. Perina, jednego z najznamienitszych ftizjologów, który całą swą duszę wkłada w troskę o chorych i poszukiwania nowych metod leczenia gruźlicy: piękny typ uczonego, dla którego poza szpitalem i nauką nie istnieje nic innego.

Zastanowiło mnie, jak dobrze dobierani są ludzie na te odpowiedzialne — nie tylko pod względem lekarskim, ale i społecznym — stanowiska; wystarczy wymienić choćby nazwiska profesorów Morelliego i Zoriniego, dra Basso i in. w instytucie rzymskim, prof. Perin'a w sanatorium mediolańskim oraz wszystkich tych, pełnych zapału lekarzy, którzy owych ludzi otaczają...

Na każdym kroku widzi się organizację i jeszcze raz organizację. Oto jak piękne owoce ta organizacja wydała. Cała dzisiejsza Italia stoi pod jej znakiem.

Niestety brak mi miejsca, by opisać inne dzieło dzisiejszej Italii, które aczkolwiek na odmiennej drodze, prowadzi jednak do tego samego celu i dba również o zdrowie narodu włoskiego. Mam tu na myśli:

*Akademię Wychowania Fizycznego z tzw. Forum Mussoliniego*. Jest to przepiękny, czerwono-biały budynek, wzniesiony w nowoczesnym stylu; a za nim szereg boisk i stadionów, położonych ślicznie u stóp łańcucha pokrytych lasem wzgórz, okalających miasto. Stadionów jest kilka, każdy przeznaczony dla innego rodzaju sportu i każdy urządzony z przepychem; nie wszystkie dotąd zostały wykończone. Nazwa „forum" nie odpowiada starorzymskiemu znaczeniu tego słowa. Jednakże rozmach, z jakim te prace wykonano, przepych urządzeń, rzeźb, marmurów, mozaik — uprawniają w zupełności do tego miana. „Forum" znane jest już z rycin na całym świecie i należy do osobliwości Rzymu. Nie chce się wierzyć, że coś podobnego istnieje. Był już Rzym republikański i Rzym Cezarów; był potem Rzym Papieży. Teraz buduje się Rzym Mussoliniego...

Na drugim krańcu Wiecznego Miasta, w pobliżu miejsca, gdzie dawniej była skoszarowana gwardia pretoriańska, wznosi się imponujący kompleks nowiutkich gmachów:

„*Città Universitaria*". Dzieło znów na rzymską zakrojone skalę, jeszcze nie ukończone; jeszcze wznoszą się rusztowania, jeszcze walą młoty, a tłum studentów miesza się z robotnikami, zajętymi przy budowie. Nie tak to dawno jeszcze, jak włoski student i robotnik mieszali się razem w szeregach ochotniczych batalionów na polu bitwy.

W środku wznosi się największy gmach, ogromny, dwuskrzydłowy blok, z napisem: „*Studium urbis*, An. 1935 - XIII. A. EF.". Środkową część tego gmachu zajmuje rektorat, biblioteka i „*Aula magna*". W lewym skrzydle mieści się Wydział nauk prawniczych i politycznych, w prawym — literatura. Na lewym skrzydle czytam napis: „*In primis hominis est propria veri inquisitio atque investigatio*"; na prawym: „*Doctrina eadem videtur et recte faciendi et bene dicendi magistra*".

Po bokach szereg mniejszych, lecz niemniej pięknych gmachów, przeznaczonych dla rozmaitych gałęzi wiedzy. A więc Geologia, Matematyka, Fizyka, Fizjologia ogólna, Higiena i Mikrobiologia, a także Klinika Ortopedyczna. W budowie znajdują się instytuty botaniki, chemii i farmakologii, antropologii oraz psychologii. A tuż obok prześliczna kolumnada, osłaniająca Panteon świata studenckiego: marmurowe tablice z wyrytymi nazwiskami studentów uniwersytetu rzymskiego, poległych za Ojczyznę w latach 1914 do 1935. I napis: „*Ara Virtutis discipulis qui pro Patria pugnantes procubuere*".

Na każdym kroku pamięć bohaterów wojennych otaczana jest pietyzmem i ogromnym hołdem. I tak na kulcie dla bohaterstwa i poświęcenia wzrasta nowe pokolenie włoskie...

## NEAPOL.

Pierwotnym moim zamiarem było dotrzeć do Bari, gdzie znajduje się jedna z najżywotniejszych klinik włoskich. Niestety ograniczenia dewizowe zmusiły mnie do zaniechania tego planu; Neapol zatem był najdalej na południe wysuniętym miastem, do którego dotarłem.

Dermatologia w Neapolu rozbita jest, podobnie jak w Rzymie, na oddział szpitalny i klinikę. Ten rozdział wychodzi we Włoszech bezwarunkowo na niekorzyść klinikom. Dlatego też klinika w Neapolu jest mała (ma zaledwie 45 łóżek) i właśnie w listopadzie, po feriach letnich, zaczęła dopiero budzić się do życia i przyjmować chorych. Za to oddział dermatologiczny, umieszczony w szpitalu „*della Pace*" ma 160 łóżek i ogromny a cenny materiał. Ma też znakomitą tradycję; tu bowiem pracował jeden z nestorów dermatologii włoskiej, prof. Tomasz de Amicis, doskonały klinicysta i diagnosta. Oddział objął po nim syn, również doskonały dermatolog, prof. Artur de Amicis.

Dziwne robi wrażenie ten oddział. Powiedziałbym, że obrazuje on doskonale głęboką przepaść, jaka dzieli Włochy dawne od dzisiejszych. Szpital mieści się w sercu starego miasta, przy uliczce ciasnej, wąskiej i krzykliwej, tak znamiennej dla tej dzielnicy Neapolu. Budynek z wieku XV; dawny pałac magnacki Caraccioli, przeszedł potem na własność jakiegoś klasztoru; od r. 1888 zajmuje go oddział skórno-weneryczny. Sale są skromnie urządzone, surowe i smutne, czyste wprawdzie, lecz prymitywne i nie bardzo przydatne do swego obecnego przeznaczenia. Widziałem tam np. *curiosum*, jedyne chyba tego rodzaju na świecie: oto w sali ogromnych rozmiarów, we wspaniałym zabytku architektonicznym, arcydziele budownictwa XV wieku, o prześlicznych łukowych sklepieniach — lecz zupełnie nie przystosowanej do celów szpitalnych wstawiono po prostu 60 łóżek dla chorych — to wszystko. Malowidła ścienne, prześliczne, bogato złocone freski na sklepieniach, artystycznie rzeźbione krużganki, biegnące wzdłuż ścian dokoła całej sali na wysokości kilku metrów — zostawiono w stanie pierwotnym. Całość robi niesamowite wrażenie i przypomina owe kościoły, zamienione w czasie działań wojennych na szpitale polowe...

I znów tuż obok tych „dawnych Włoch" wyłania się powoli „Nowa Italia": przeprowadza się właśnie gruntowny remont szpitala; urządzono więc ładne, w sposób nowoczesny wyposażone sale i separatki dla chorych, łazienki, nowe ambulatoria, bibliotekę itd. Kontrast wprost kapitalny ilustruje świetnie wprowadzane w czyn hasło dzisiejszego pokolenia włoskiego: „*Italia ma zmienić oblicze*".

Prof. Artur de Amicis troskliwie pielęgnuje przekazane sobie przez znakomitego ojca świetne tradycje. Materiał chorych ma bardzo cenny i dobrze go opracowuje. Niedawno wydał ze swego oddziału mały atlas; podziwiałem jego staranne opracowanie. On i jego asystent Santoianni przyjęli mnie tak życzliwie i tak uprzejmie, że z prawdziwym żalem opuszczałem ten oddział.

W drodze powrotnej z Neapolu na północ widziałem jedno z najpotężniejszych i najśmielszych przedsięwzięć Nowej Italii: osuszone bagna pontyjskie. Widziałem szerokie kanały spławne i rowy osuszające, wykopane w ciągu kilku zaledwie lat. Widziałem nowe dworce i nowe fermy, nowe cukrownie i nowe miasteczka, a wszystko zakwitłe na odwiecznych bagnach.

Wierzyć się nie chce, by dokonano tego w tak krótkim przeciągu czasu. Słynne bagna pontyjskie, wyglądem przypomi-

najace nieco nasze Polesie, do niedawna nieużytki lub w najlepszym wypadku liche pastwiska — od kilku lat przemieniły się w urodzajną prowincję. Zimnica, jaka w tych stronach panowała, była przysłowiowa. Wszak dzięki niej ludność rolnicza unikała od wieków tych stron i tylko półdzicy pasterze wypasali tu stada bawołów...

Aż naraz, jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej, powstały tu osiedla ludzkie, rozwinął się przemysł rolniczy, stanęła na wysokim poziomie produkcja nabiału. Zimnica znikła niemal doszczętnie. Zatem także pod względem higieny społecznej osuszenie błot pontyjskich ma doniosłe znaczenie.

A skoro już mowa o *higienie*, warto podnieść inny odcinek, na którym praca narodu włoskiego walczy o zdrowie ludności: troskę o zaopatrzenie mieszkańców w dobrą *wodę do picia*.

Jest to zagadnienie na Półwyspie bardzo ważne, bo jak w jednych okolicach woda jest doskonała (okręgi górskie), tak w innych brak zdrowej wody dawał się odczuwać bardzo dotkliwie. Przystąpiono zatem do budowy wodociągów, na wzór słynnych rzymskich „akweduktów", doprowadzających wodę ze źródeł górskich. A chodzi tu o odległości, mierzące się nie na dziesiątki, lecz na setki kilometrów. O ogromie dotąd dokonanych prac niechaj świadczą następujące cyfry: długość świeżo wybudowanych rurociągów doprowadzających wynosi 9.000 km (dziewięć tysięcy kilometrów!), rozdzielczych — 4.000 km. Doprowadzono wodę ze źródeł górskich nie tylko do poszczególnych miast, lecz do całych prowincyj; zaopatrzono w wodę 2.600 mniejszych i większych osiedli, liczących z górą 11 milionów mieszkańców.

Na dużą skalę przeprowadza się też prace kanalizacyjne: skanalizowano 484 miast, zamieszkałych przez $4^1/_2$ miliona ludzi. Zdumiewające cyfry, niezwykły wysiłek! Zadziwia nie tylko kosztem swoim, lecz także rozmachem, a nade wszystko — *wszechstronnością*. Buduje się bowiem we Włoszech wszystko: drogi żelazne, szosy i autostrady, wznosi się tamy, by stworzyć sztuczne jeziora górskie — źródło energii elektrycznej, osusza się bagna i buduje szkoły, wznosi się instytuty naukowe, „miasta" uniwersyteckie i ogromne dworce kolejowe, a przy tym wszystkim upiększa się Rzym, gdzie całe dzielnice padają pod ciosem kilofów, by odsłonić zabytki historyczne, natomiast w innych punktach miasta powstają nowe kompleksy budynków. Buduje się stadiony sportowe o rozmiarach niezwykłych i rozszerza porty. Włosi prowadzą wojnę kolonialną, a przy tym nie zapominają o szpitalnictwie: buduje się sanatoria dla dwudziestu kilku tysięcy chorych na gruźlicę, powstają nowe kliniki i całe „miasta" szpitalne. Dok. nast.

---

## BIBLIOGRAFIA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Medycyna*. Nr 16. 1937. A. Gelbfisz: O progu elektrolitycznym skłaczania białka surowiczego u osobników z niedomogą krążenia. — M. Kruszówna i M. Marciak: Dwa przypadki odmy samoistnej. — J. Iwanter: Pneumatyzacja kości skroniowej u głuchoniemych w świetle badań rentgenologicznych. — S. Kulesza: Próby stosowania Prontosilu w durze brzusznym.

*Wiadomości Statystyczne*. Z. 24. 1937.

*Therapia Nova*. Nr 8. 1937.

*Życie Dziecka*. Nr 8—9. 1937.

*Wiadomości Farmaceutyczne*. Nr 35. 1937.

---

## OCENY.

*Les kystes hydatiques de la rate (Bąblowce śledziony)*. L. SABADINI. Paris, Masson et Cie 1936.

Obszerna monografia bąblowca śledziony, opracowana na podstawie dużego materiału kliniki prof. Costantini w Algierze, gdzie — jak wiadomo — bąblowiec jest bardzo częstym schorzeniem. Znajdujemy tu historię, patogenezę, anatomię patologiczną, objawy kliniczne, rozpoznanie i leczenie, opracowane z nadzwyczajną starannością i przejrzyście przedstawione. Bardzo obszernie i szczegółowo podana jest technika operacyjna różnych autorów i własna, kliniki Costantiniego, bogato ilustrowana rycinami. Zasadniczo radzi autor wykonywać marsupializację. Na zakończenie podaje autor mnóstwo własnych obserwacyj, bardzo dokładnie opisanych oraz obszerny spis piśmiennictwa. Książka wydana starannie, z pięknymi rysunkami, stanowi doskonałe źródło informacyj dla każdego, kto się tą sprawą interesuje.

*S. Ruff* (Lwów).

*La pathogénie des oedèmes (Przyczyny powstawania obrzęków)*. PIERRE MAURIAC. Masson et Cie. Str. 87. Paris 1937.

Autor określa bliżej pojęcie obrzęku, jego charakter i rozmieszczenie, po czym zajmuje się w rozdziale drugim rolą wody w ustroju. Przyczyn obrzęków widzi cztery. Naprzód obrzęki mechaniczne, czyli zastoinowe, w których słusznie upatruje czynniki natury chemicznej obok czynników zastoju mechanicznego. Dalej obrzęki w chorobach nerkowych, których analiza zajmuje najwięcej uwagi i w których omawianiu uwzględnia rozliczne czynniki. Krytycznie roztrząsa wpływy onkotycznego i mineralnego ciśnienia i daje wyraz uzasadnionym wątpliwościom co do tej lub innej przyczyny, która uchodzi za stałą. Zmieniony stosunek białek nie zawsze towarzyszy obrzękom, a zmniejszenie chlorków w pożywieniu wywiera czasem niespodziewany wpływ. Przykłady kliniczne potwierdzają uwagi autora. Przy omawianiu obrzęków nerwowych, ilustrowanych również przykładami klinicznymi, zajmuje autor bardzo bezstronne stanowisko i tylko w postaci przypuszczenia przypisuje ich powstawanie czynnikom naczynioruchowym. W obrzękach, wywołanych hormonami lub ich brakiem, również czynnikom nerwowo-naczyniowym i chemicznym przypada, zdaniem autora, najważniejsza rola. Ostatnie rozdziały poświęca autor obrzękom głodowym, charłaczym i tym, których powstawanie zależy od czynności wątroby i innych narządów. Książka pisana jasno i podająca przykłady kliniczne, zasługuje na uwagę, i przyczyni się do poznania tego ważnego zagadnienia w patologii.

*W. Moraczewski* (Lwów).

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

*Gruźlica okrężnicy*. KNOFLICEK. Bratislavske Lekarske Listy. Z. 9. 1936.

Gruźlica okrężnicy bywa wywołana przez prątek gruźlicy typu ludzkiego i zwierzęcego; występuje zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, w każdym wieku (najczęściej około 30 roku życia). Anatomo-patologicznie odróżniamy postać wrzodziejącą i przerostową. Obie postacie posiadają przebieg powolny i objawiają się bólami w prawej i dolnej części brzucha, dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego oraz macalnym guzem w okolicy jelita czczego. Należy odróżnić guz gruźliczy od raka kątnicy, promienicy, kiły, nacieku około-wyrostkowego, nowotworu przydatków oraz spraw zapalnych w prawej nerce. Pomocne tu będą wywiady, odczyn tuberkulinowy, odczyn serologiczny, oraz badanie płuc. Bardzo pomocne jest badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego.

Ważnym objawem rozpoznawczym rentgenologicznym jest fenomen Stierlina, który polega na tym, że w kątnicy wypełnionej barem, widoczny jest rozległy ubytek, podczas gdy jelito grube i dolny odcinek jelita cienkiego wypełnia się dobrze masą kontrastową. W innym przypadku może pomóc do sprawnego rozpoznania zaleganie zawiesiny barowej w jelicie biodrowym, lub hiperkineza odpowiedniej części jelita cienkiego.

Sigmund wykazał, że objaw Stierlina widoczny w okrężnicy wstępującej może być wywołany gruźlicą kątnicy (niezupełny Stierlin).

Leczenie jest operacyjne. Konserwatywne leczenie jest bezcelowe.

*Ungar* (Lwów).

*O działaniu kwasu d-galakturonowego w zatruciu jadem błoniczym*. I. HIMMEL i A. ZŁOTNIK. Medycyna. Nr 13. 1937.

Autorowie na podstawie prac doświadczalnych, przeprowadzonych na świnkach, stwierdzili, że kwas d-galakturonowy może zneutralizować zupełnie, przynajmniej w pierwszych 24 godzinach w pewnym stosunku jad błoniczy (300 mg tego kwasu zobojętniło śmiertelną dawkę jadu dla świnki). Warunkiem utrzymania zwierzęcia przy życiu jest zachowanie pewnego stosunku między ilością jadu błoniczego i kwasu d-galakturonowego, wstrzykiwanego przed lub po wprowadzeniu jadu.

*St. Malczyński* (Lwów).



*Plan organizacyjny walki z gruźlicą, opracowany przez I. N. F. P. S. (Narodowy Zakład Przezorności Społecznej).*

*W okręgach czarno zaznaczonych sanatoria przeciwgruźlicze zostały już wybudowane i oddane do użytku; w okręgach kreskowanych sanatoria znajdują się na ukończeniu.*
*(„Le Forze Sanitarie", 1. XII. 1934).*



*Instytut „Carlo Forlanini" w Rzymie. Jeden z pawilonów dla mężczyzn. („Le Forze Sanitarie", 1. XII. 1934).*



*Forum Mussoliniego w Rzymie. Akademia Faszystowska (Centralny Instytut Wychowania Fizycznego). Na drugim planie widać stadion dla lekkiej atletyki. (Ed. Verdesi — Roma).*



*Sanatorium przeciwgruźlicze I. N. F. P. S. „Vialba" w Mediolanie.*

*Próby leczenia angin nieswoistych bizmutem.* B. TOŁCZYŃSKI. Medycyna. Nr 13. 1937.

W 34 przypadkach obejmujących: *angina catarrhalis, lacunaris, follicularis, phlegmonosa,* poza tym *influenza* — autor otrzymał dobre wyniki przez jedno- lub dwurazowe zastosowanie domięśniowe neokardylu (ampułka $1^{1}/_{2}$ cm zawiera 0.075 Bi) — gorsze w grypie. Autor przyjmuje powstawanie ciał odpornościowych drogą częściowej blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego i wzmożonej migracji jego elementów, które w postaci makrocytów niszczą wtargnięte do ustroju zarazki. W każdym więc przypadku anginy należało by możliwie wcześnie zastosować domięśniowo bizmut. *St. Malczyński* (Lwów).

*Tiodazyna i tiodalgina w leczeniu schorzeń gośćcowych i rzekomo-gośćcowych.* A. MESTER. Medycyna. Nr 13. 1937.

Wyżej wymienione środki lecznicze są przetworami siarkowo-jodowymi. Wartość ich, według autora, polega na braku odczynów ogólnych, które dla chorych na gościec są szkodliwe. Poza tym są one środkami nie drażniącymi i nie trującymi i jako takie nadają się szczególnie do leczenia schorzeń gośćcowych i rzekomo gośćcowych. *St. Malczyński* (Lwów).

**Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.**

*W sprawie ulepszenia techniki wymóżdżenia główki płodu.* K. KEHRER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 100. Z. 4—5.

Od roku 1905 stale stosuje autor kranioklast F. A. Kehrera i uważa go za najodpowiedniejszy tak dla klinik, jak i dla praktyków. Zasadniczą cechą tego instrumentu jest obecność mocnych, krótkich zębów na wewnętrznej powierzchni obu łyżek, dzięki czemu rzadziej, niż w innych instrumentach dojść może do ześlizgnięcia się łyżek podczas pociągania. Poza tym autor słusznie zwraca uwagę na samą technikę wymóżdżenia, podkreślając z naciskiem konieczność zakładania łyżki zewnętrznej przez środek twarzy, tak, aby jej koniec zachodził aż poza podbródek. W tym celu radzi wykonywać przedziurawienia czaszki w okolicy dużego ciemiączka, później zaś po wprowadzeniu ręki do macicy dokonywać zamiany położenia potylicowego na położenie twarzowe. Na tak zmienioną główkę, założenie instrumentu, w myśl wymogów autora, nie przedstawia większych trudności. Sposób ten nadaje się oczywiście tylko w przypadkach główek nieustalonych. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Jeszcze o leczeniu upławów kobiecych.* C. MENGE. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 100. Z. 4—5.

Autor poddaje krytyce teorię Schrödera o powstawaniu nieswoistych upławów pochwowych, według której upławy są następstwem autolizy nadmiernie złuszczonych nabłonków pochwy. Wbrew temu zapatrywaniu („*Desquamationstheorie*" Schrödera), stawia autor swoją teorię. Upławy według niego nie stoją w związku z niewydolnością sił obronnych pokrywy nabłonkowej pochwy, ani też nie zależą od stopnia czystości pochwy, gdyż nierzadko można spostrzegać wydzielinę pochwową bardzo zanieczyszczoną, bez najmniejszych objawów zwiększonej wydzieliny pochwowej, co się może zdarzyć u kobiet uprawiających regularnie stosunki płciowe. Z drugiej zaś strony, znane są przypadki upławów u anemicznych dziewic, u których flora bakteryjna, jako też stopień kwasoty pochwy nie odbiegają od normy. Szczególnie te ostatnie przypadki posłużyły autorowi do zbudowania swojej teorii, według której upławy są następstwem zwiększonej przepuszczalności naczyń krwionośnych ściany pochwy dla soków tkankowych na tle zmian chorobowych osocza krwi lub też zmian miejscowych. Stan ten nazywa autor skazą przesiękową — „*transsudative Diathese*". Z rozumowania autora wynika i leczenie, które on propaguje. U dziewic, a również i u kobiet z niezmienioną florą pochwową, chociaż u tych ostatnich ze względu na stosunki płciowe stan bakteryjny pochwy również rzadko bywa normalny, wystarcza zazwyczaj tylko leczenie ogólne, dążące do podniesienia ogólnych sił ustroju i przez to polepszenia przemiany materii. Chodzi tu o przebywanie w uzdrowiskach, leczenie żelazem, wapniem, arszenikiem i witaminami. Dziewice, obarczone taką skazą przesiękową, z chwilą zaczęcia życia płciowego, łatwo zapadają na znaczne pogorszenie się upławów, które z białych stają się żółte, a badanie bakteriologiczne wykazuje florę ogromnie mieszaną. W tych przypadkach leczenie ogólne, aczkolwiek i tu jest konieczne, jednakowoż nie wystarcza. Powinno ono być uzupełnione leczeniem miejscowym. Polega ono, nie na dążności do stosowania środków odkażających, gdyż przyczyna choroby nie stoi w związku z obecnością drobnoustrojów, ale tkwi w zbyt dużej wydzielinie przesiękowej, ulegającej rozkładowi bakteryjnemu. Leczenie przyczynowe winno zatem dążyć z jednej strony do czysto mechanicznego usuwania nadmiernej wydzieliny, z drugiej zaś — i to stanowi rzecz najważniejszą — do unormowania warunków przechodzenia płynów tkankowych do pochwy. W tym celu nadaje się znakomicie 2—3% roztwór łapisu, stosowany pod postacią wcierek w ścianę pochwy na przemian z kąpielą lapisową. Autor przestrzega przed zbyt krótkotrwałym leczeniem i niedokładnym wcieraniem lapisu, gdyż od precyzji i starannego stosowania tego leczenia zależy w wysokim stopniu wynik leczniczy. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Chłonka w ciąży i stosunek jej do ataków rzucawkowych.* FRESEL. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

Opierając się raczej na rozważaniach teoretycznych, wysnuwa autor swoją teorię powstawania drgawek rzucawkowych. Autor sądzi, że w ciąży ogólna ilość chłonki znacznie się wzmaga, szybkość zaś jej przesuwania się maleje. W czasie skurczów macicy, a zwłaszcza podczas porodu, znaczna ilość chłonki zostaje wyciśnięta z macicy i wtłacza się do głównego przewodu mlecznego. Dzięki temu, że akcji porodowej towarzyszy zawsze zastój w krążeniu małym, następuje przeładowanie górnej żyły głównej tak krwią, jak i nadmiernie wydaloną chłonką. Chłonka może się przedostać do żył czaszki i spowodować obrzęk tkanki mózgowej. Już ten stan na drodze mechanicznej może się przyczynić do powstania drgawek. A poza tym można z wszelkim prawdopodobieństwem przypuszczać, że w ciąży, dzięki wzmożonej przemianie materii, chłonka zawiera więcej ciał trujących, niż poza ciążą, a to również nie pozostaje bez wpływu na tkankę mózgową. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Śmierć płodu w jamie macicy z powodu przewężenia pępowiny przedartą owodnią.* H. v. BRUCKE. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

Wieloródka, pod koniec ciąży poczuła w pewnym momencie bardzo silne ruchy płodu, po czym ruchy zupełnie ustały. Poród w czasie normalnym, płód zmacerowany. Popłód wykazywał interesujące i rzadkie zmiany, stanowiące jednocześnie przyczynę obumarcia płodu. Owodnia prawie na całej przestrzeni oddarta od nieuszkodzonej kosmówki, w postaci skurczonej błony, przykrywała część łożyska dookoła pępowiny. Od jednego z brzegów tej błony ciągnął się cienki, ale mocny powrózek, utworzony ze skręconych błon w kierunku pępowiny i tu w dwóch miejscach okręcając się silnie, przewężał jej światło. Badanie drobnowidowe tak owodni, jako też kosmówki nie wykazało ani sprawy zapalnej, ani jakiegoś odczynu odnowy, co by wskazywało na stosunkowo niedawną sprawę, z drugiej zaś strony wykluczało tło zapalne, jako przyczynę pęknięcia owodni. W tym stanie rzeczy można stawiać tylko przypuszczenia. Autor skłania się do zdania Brauna, który utrzymuje, że jedną z przyczyn odosobnionego przedarcia owodni jest nagromadzenie się płynu między błonami płodowymi, co w związku z ruchami płodu przyczynić się może do uszkodzenia owodni. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Przyczynek do powstawania wewnątrzmacicznych złamań kości płodu.* K. KOCH. Monatschr. f. geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

Wieloródka urodziła płód donoszony, żywy, który wykazywał pewne zmiany na kończynie dolnej, prawej. Noga krótsza o 4.5 cm od nogi lewej. Udo bez zmian. Natomiast podudzie krótkie, w dolnej części wygięte ku przodowi, skóra nad nim bliznowato zmieniona, scieńczała, nieprzesuwalna. Stopa pozbawiona czwartego i piątego palca. Mimo nieznalezienia zrostu pomiędzy kończyną a owodnią, autor jednak sądzi, że przyczyną złamania był mocny zrost owodni z nogą jeszcze w bardzo wczesnym okresie rozwoju płodu, za czym przemawia obecność pierścieniowatego przewężenia tuż powyżej kostek. Koniec złamanej kości przebił skórę na wylot, a później, po rozluźnieniu zrostu z owodnią, koniec ten z powrotem cofnął się do środka, umożliwiając powstanie rozległej blizny na skórze w miejscu dawnego uszkodzenia, jako też przyczyniając się do wyżej opisanego, zniekształcającego przyrośnięcia obu końców złamanej kości. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Ciało hamujące fermentację we krwi. Doniesienie tymczasowe.* H. EUFINGER i SPRADO. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 1—2.

Już w poprzednich swoich pracach autorzy wykazali, że we krwi kobiet w pełni czynności narządów rodnych znajdują sie ciała, hamujące fermentację drożdży. Ze względu na to, że ciał tych zupełnie nie ma u mężczyzn, jako też u kobiet po przekwitaniu, nasuwało się przypuszczenie, że obecność tych czynników stoi w związku z wewnętrznym wydzielaniem jajników.

W obecnym doniesieniu autorzy zdają sprawozdanie ze swoich badań ciał hamujących we krwi u ciężarnych i u chorych na raka. Badania te dały wynik następujący: 1) w czasie ciąży, ciała hamujące drożdżową fermentację narastają w miarę rozwoju ciąży. Tuż przed porodem zaznacza się nagły spadek, a po porodzie w ciągu kilku dni ciała te znikają zupełnie; 2) szczególnie wysokie wartości obserwowano w przypadkach zatruć ciążowych; 3) ciała te nie przechodzą do krwi płodu; 4) w raku również zaznacza się obecność tych czynników, zwłaszcza po naświetlaniach promieniami Roentgena i radu; 5) występowanie tych ciał u kobiet chorych na raka w okresie poprzekwitaniowym i zwłaszcza znaczne stężenie ich zawartości u chorych po naświetlaniu przemawiają za tym, że prócz wpływów hormonalnych, obecność ciał hamujących fermentację zależna jest również od nadmiernego i szybkiego wzrostu i rozpadu komórek. *J. Lenczowski* (Lwów).

*W sprawie stosowania energii promienistej w celach wyjałowienia kobiet ze wskazań eugenicznych.* H. VAUJOKS. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 4—5.

Współczesne prawo niemieckie, omawiające przymusowe pozbawianie kobiet płodności ze względów eugenicznych, nakazuje operacyjne pozbawienie drożności trąbek, zabrania natomiast stosowania energii promiennej. Autor sądzi, że w niektórych przypadkach, co prawda rzadkich, mogą zajść poważne przeciwwskazania do zabiegów chirurgicznych i uważa, że w tych przypadkach dobre usługi może oddać właśnie energia promienista. Szczególnie polecenia godne jest stosowanie radu, zakładanego do jamy macicy. Niszcząc błonę śluzową macicy, rad uszkadza jajniki daleko mniej, aniżeli promienie Roentgena. Postępowanie to nadaje się, zwłaszcza u kobiet w okresie bliskim przekwitania. Autor przypuszcza, że, otwierając dyskusję na ten temat, przyczyni się do żywszej wymiany myśli i spowoduje zmianę w ustawodawstwie niemieckim w kierunku swobodniejszego wyboru postępowania w przypadkach przymusowego ubezpłodnienia kobiet, zależnie od uznania lekarza-ginekologa. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Zawartość potasu i wapnia w macicy ciężarnej.* H. WINKLER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 4—5.

Przy sposobności cięcia cesarskiego lub też przerywania ciąży we wczesnych miesiącach drogą brzuszną, wycinał autor skrawki z mięśnia ciała macicy i określał w odsetkach zawartość potasu i wapnia, posługując się dla potasu metodą Kramer-Tisdalla, a dla wapnia — metodą de Waarda. Prócz tego dla możności porównywania uzyskanych liczb z macicą nieciężarną, wykonał szereg podobnych badań na macicach w stanach pozaciążowych, uzyskanych bądź drogą operacji ginekologicznej, bądź z materiału sekcyjnego. Badania te wykazały, że podczas, gdy zawartość potasu po początkowym spadku stale wzrastała, zwiększając się pod koniec ciąży dwukrotnie w porównaniu ze stanem przedciążowym, zawartość wapnia nie ulegała większym zmianom i tylko pod koniec ciąży nieco się zmniejszała. Wyniki te okazały się bardzo podobne do badań dawniej przez autora i Guthmanna przeprowadzonych z tkanką rakową. Z tej analogii autor wyciąga wniosek, że potas ma znaczenie dla szybko rosnących tkanek, czy będzie to nowotwór złośliwy, czy też rosnąca ciężarna macica. Małą zawartość wapnia w mięśniu macicy w ciąży autor tłumaczy szybkim oddawaniem tego ważnego dla płodu składnika mineralnego.

*J. Lenczowski* (Lwów).

*Powikłania podczas leczenia radem raka szyi macicy.* J. DUCUING et P. NEGRE. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 5. 1937.

Powikłania te mogą być dwojakiego rodzaju: 1) wskutek zakażenia — postać spotykana częściej, 2) spowodowane samym naświetlaniem. Do pierwszych należy zaliczyć stany gorączkowe, zapalenie szyi i trzonu macicy, przymaciczy, żył, oraz zakażenie ogólne. Do powikłań spowodowanych samym naświetlaniem należą zmiany w pęcherzu, odbytnicy, pochwie. Autor omawia poszczególne zmiany, ich przyczyny, objawy, rokowanie, leczenie oraz statystykę różnych autorów. Na zakończenie wypowiada pogląd, iż ilość powikłań zmniejsza się w miarę doskonalenia techniki zakładania radu. *H. Newlińska* (Lwów).

*O leczeniu i jego skutkach w przypadkach gruczolaka stercza.* F. E. SCHANZ. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 3. 1936.

Autor omawia wyniki leczenia na podstawie 574 chorych z powodu gruczolaka stercza. U 292 (51%) wykonano usunięcie gruczołu krokowego, u 42 (7%) elektrokoagulację lub elektroresekcję. W 94 przypadkach (16%) założono przetokę pęcherzową, zaś 146 chorych (26%) nie mogło być poddanych zabiegowi operacyjnemu. Autor zajmuje się nadto badaniami kontrolnymi chorych, powracających w okresie od 1—4 lat. Dotyczyło to zwłaszcza chorych z lat 1931—1934 — w liczbie 246. Na podstawie wielkiego materiału stwierdzono, że najlepsze wyniki ze wszystkich sposobów leczenia i najmniejszą śmiertelność daje jedynie zabieg doszczętny. Przeciwwskazaniami do niego są ciężkie zaburzenia ze strony układu krążenia i nerek, wyniszczenie, cukrzyca, ropienie w otoczeniu pęcherza. 90% chorych tej grupy po opuszczeniu kliniki nie miało żadnych dolegliwości, a 79% dopiero po 4 latach. Przez cewkę operowano tylko tych chorych, których stan ogólny, czy stan nerek nie pozwalał na zabieg doszczętny. W tej grupie śmiertelność wynosiła 12%, chociaż od połowy 1933 r. nie zanotowano ani jednego zgonu, co należy przypisać umiejętności odpowiedniego wyboru przypadków. W ciągu 1—4 lat 43% operowanych tą drogą wykazywało zupełny brak jakichkolwiek dolegliwości ze strony narządu moczowego.

W leczeniu zachowawczym przypadków nie nadających się do zabiegu, lepsze wyniki daje założenie cewnika na stałe, aniżeli przetoka pęcherzowa, która z trudem jest znoszona przez chorych. *St. Malczyński* (Lwów).

*Napięcie zwieracza Oddiego u człowieka.* DOUBILAT H. i COLP R. Surg. Gyn. a Obstr. Vol. 64/3. 1937.

Autorowie przeprowadzali badania zachowania się napięcia zwieracza Oddiego w ten sposób, że po wycięciu woreczka żółciowego łączyli rurkę Kehra (T), założoną do przewodu żółciowego wspólnego, z manometrem wodnym; wysokość słupa cieczy manometru, jaka była potrzebna do pokonania oporu zwieracza Oddiego była bezwzględną miarą jego napięcia. Zastosowanie specjalnego manometru dwuramiennego pozwoliło zapisać na kymografionie krzywą, odzwierciadlającą grę zwieracza pod wpływem pewnych rodzajów pokarmu i płynów, wprowadzonych zgłębnikiem do dwunastnicy oraz środków farmakologicznych, podanych doustnie i podskórnie.

Po wycięciu woreczka żółciowego stwierdzili autorowie prawie we wszystkich przypadkach stały wzrost napięcia zwieracza Oddiego, wyrażający się wzrostem ciśnienia manometrycznego zwykle o 50—100 mm słupa wody. Potwierdzeniem zwiększenia napięcia zwieracza były również obrazy radiologiczne, wykazujące znaczne rozszerzenie przewodów żółciowych i wypełnianie ich drobnych odgałęzień ciałem cieniującym, wprowadzonym pod ciśnieniem przez rurkę Kehra.

Zmniejszenie napięcia zwieracza można było uzyskać przez wprowadzenie zgłębnikiem do dwunastnicy 50 $cm^3$ 50% roztworu siarczanu magnezowego, przez wstrzyknięcie podskórne atropiny i papaweryny. Podawanie pokarmów tłuszczowych (żółtka jaj) oraz wstrzykiwanie adrenaliny nie wywoływały rozluźnienia zwieracza. Wprowadzenie zgłębnikiem do dwunastnicy rozcieńczonego roztworu kwasu solnego i wstrzykiwania podskórne przetworów makowca (morfina, pantopon itp.) powodowało długotrwały skurcz zwieracza.

Spostrzeżenia powyższe winny, zdaniem autorów, znaleźć uwzględnienie w przeprowadzaniu leczenia następowego po zabiegach na drogach żółciowych. *W. Bross* (Lwów).

*Dalsze obserwacje z Dial-uretanem przy uspakajaniu bólów w położnictwie.* P. BROWN. American Journal of Obstetrics and Gynecology. T. 32. Nr 6. Str. 1017—1022. 1936.

Autor opublikował już w swoim czasie doświadczenia przy stosowaniu Dialu w położnictwie. Od tego czasu liczba przypadków podniosła się do 254. Do zwalczania bólów w czasie porodu stosowano Dial, zawsze w postaci wstrzyknięć, z zachowaniem wielkiej ostrożności w technice i w dawkowaniu. Wstrzykiwano powoli i do tej chwili, aż chora przestawała odpowiadać na pytania. W niektórych przypadkach wystarczały 2 $cm^3$ Dialu, w innych musiano stosować 4 $cm^3$. Jeśli pierwsze wstrzyknięcie nie sprowadzało głębokiego snu, w czasie przerwy między bólami porodowymi po pół godzinie znów dodawano 2 $cm^3$ Dialu. Ponad 8 $cm^3$ Dialu w czasie porodu nie należy stosować. Przy tak ostrożnym stosowaniu Dialu nie zauważono nigdy ani osłabienia krążenia ani porażenia oddechu. Zamartwice noworodków były rzadko obserwowane. Tylko w dziesięciu przypadkach musiano zastosować środki cucące, wśród których zawsze pewnie działa koramina, którą wstrzykiwano do żyły pępkowej. Dial daje dobre wyniki w położnictwie przy dokładnym stosowaniu przepisów technicznych.

*F. Mikulska* (Warszawa).

### Higiena i medycyna społeczna.

*Walka z gruźlicą we Włoszech.* J. K. OKO. Medycyna. Nr 12. 1937.

Autor w artykule sprawozdawczym dzieli się spostrzeżeniami, jakie ostatnio poczynił na polu walki z gruźlicą we Włoszech, prowadzonej przy wydatnej pomocy rządu i całego społeczeństwa. Pierwszym wysiłkiem w tym kierunku było stworzenie towarzystw przeciwgruźliczych, dalszym i to bardzo owocnym przymusowe ubezpieczenia przeciw gruźlicy, przyjęte przez Faszystowski Instytut Narodowy Opieki Społecznej, który odosabnia chorych, a rodzinie wypłaca zasiłki tak długo, aż chory nie zostanie wyleczony, lub podleczony tak, że może znowu bez szkody dla siebie i otoczenia pracować. Najlepszą miarą skuteczności tej akcji jest stały spadek śmiertelności, który w ostatnim dziesięcioleciu wyniósł 50%. Bardzo ważne jest odosobnienie nowonarodzonych dzieci od otoczenia gruźliczego w przychodniach przeciwgruźliczych i instytucjach sanitarnych. Ostatnio zorganizowano propagandowe tygodnie wczesnego rozpoznawania, poświęcone ogólnemu w tym kierunku uświadomieniu przy pomocy wykładów i broszur.

Włochy obecnie posiadają 58 sanatoriów przeciwgruźliczych (ponad 18.000 łóżek), które obejmują także miasto sanatoryjne w Sondalo w Alpach włoskich z 2.500 łóżek. Poza tym w Rzymie jest czynny Instytut Naukowo-Badawczy C. Forlaniniego — unikat w Europie — będący kliniką gruźlicy i schorzeń przewodu oddechowego uniwersytetu rzymskiego, rozporządzający 1.400 łóżkami, w Mediolanie sanatorium z 1.000 łóżkami, a ostatnio podobne sanatorium powstaje w Neapolu.

W leczeniu gruźlicy płuc najszersze zastosowanie ma odma sztuczna według Morelliego, a ostatnio metodą Monaldiego, polegająca na postępującym rozprostowywaniu zapadniętego płuca i zmniejszaniu komory odmowej oraz przemywaniu opłucnej chlorosolem lub płynem Dakina. Stosuje się także odmę dwustronną, nienasyconą według Ascoliego i Faginoliego (częste dopełniania małą ilością gazu). Z innych zabiegów stosuje się torakoplastykę przednio-boczną Monaldiego i demolitywną Mauzera i Prousta, zmiażdżenie, alkoholizację lub wyrwanie nerwu przeponowego, oraz najnowszą odmę śródpiersiową według metody Cendorelliego z Bari. *St. Malczyński* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XVI posiedzenia naukowego odbytego dnia 22 maja 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Ermich Stefan *przedstawia z Oddziału Chirurgicznego Dziecięcego Państw. Szpitala Powszechnego dość rzadki przypadek niezwykle wielkich rozmiarów kamienia w męskiej cewce moczowej.*

Przypadek ten dotyczył chłopca 9-letniego z Pokucia, który zgłosił się do ambulatorium w maju br. z powodu trwającego od 3 dni, znacznego stopnia utrudnienia w oddawaniu moczu oraz obrzęku i silnej bolesności prącia. Przed trzema laty miał chory podobne dolegliwości i wówczas lekarz miejscowy usunął mu przez ujście zewnętrzne cewki kamień wielkości grochu. Przed rokiem zwrócił chory rodzicom uwagę na twarde zgrubienie w cewce moczowej, przypuszczając, że jest to nowy kamień. Zgrubienie to stale się powiększało, nie sprawiając jednak choremu większych dolegliwości. Dopiero od miesiąca wystąpiło zwolna zwiększające się utrudnienie w oddawaniu moczu. Bólów brzucha zwlaszcza o charakterze kolki nigdy nie miał.

W czasie badania stwierdzono u chorego zaczerwienienie oraz znaczny obrzęk całego prącia a w kącie prąciowo-mosznowym ropień wielkości orzecha włoskiego. Mocz oddawał chory jedynie kroplami pod wpływem silnego parcia. Prącie przy obmacywaniu bardzo bolesne, wyczuwało się w nim obecność twardego ciała, o kształcie podłużnym, sięgającego od nasady prącia aż do żołędzi. Pęcherz sięgał na trzy palce ponad spojenie łonowe. Rozpoznano obecność kamienia w części jamistej cewki moczowej, który uszkodził ścianę cewki i wywołał w następstwie zaciek moczowy. Zdjęcie rentgenowskie potwierdziło rozpoznanie. Kamień usunięto drogą uretrotomii zewnętrznej w uśpieniu eterowym. Wydobyty kamień miał kształt rogalkowaty, był długości 4.5 cm, szeroki około 2 cm, barwy brudnożółtawej o powierzchni gładkiej. Na zdjęciu rentgenowskim tegoż kamienia widoczne było ostro odcinające się jądro, wokół którego nawarstwiał się osad moczowy. Kamień ten składał się głównie z fosforanu amonowo-magnezowego. Przebieg gojenia się rany pooperacyjnej prawidłowy. Celem dokładnego przebadania przypadku wykonano jeszcze przeglądowe zdjęcie narządu moczowego oraz urografię dożylną. Jako środka kontrastowego użyto 20 cm³ 40% Tenebrylu wprowadzonego dożylnie. Stwierdzono też istotnie drobne kamyki w kieliszkach obu nerek, a prócz tego rozszerzenie moczowodu lewego tuż u ujścia jego z miedniczki, na wysokości piątego kręgu lędźwiowego oraz największe w jego części nadpęcherzowej. Rozszerzenia te należy uważać jako wyraz pewnego rodzaju atonii mięśniówki moczowodu najprawdopodobniej wskutek wtórnego zakażenia dróg moczowych.

Przedstawiony przypadek zasługuje na uwagę, gdyż kamica cewki moczowej nie jest zbyt częsta, zajmuje bowiem jedynie 0.1% schorzeń narządów moczowych. Do wyjątków zaś należy stwierdzenie kamieni o wymiarach tak dużych, jak w przedstawionym przypadku. Kamienie cewki moczowej dzielimy ze względu na ich pochodzenie na dwie grupy tj. na tzw. wędrowne, pochodzące z górnych dróg moczowych oraz osiadłe, powstałe na miejscu. O wiele częstsze są kamienie wędrowne, mogą się one zatrzymać w miejscach już fizjologicznie zwężonych, a więc na wysokości zwieracza, szwu opuszkowego, w kącie mosznowym oraz przy ujściu. Jednak najczęściej zatrzymują się one wskutek zwężeń pozapalnych i pourazowych. O wiele rzadsze są kamienie osiadłe, powstałe na miejscu, również wskutek nabytych zwężeń cewki lub co częściej w uchyłkach pozapalnych czy też wrodzonych. Nie spotkano ich dotychczas w cewce prawidłowej. Do dalszych czynników usposabiających do powstawania kamieni jest duża ilość różnych soli wydalanych z moczem, czynnikiem zaś bezpośrednim jest powstanie jądra dla kamienia. Może nim być wysięk śluzowy, włóknik czy też złuszczone nabłonki. W ogóle jednak nie zawsze udaje się ustalić pochodzenia tych kamieni. Wielkie kamienie, jak w naszym przypadku, pozwalają przyjąć, że nawarstwianie ich odbyło się na miejscu, jakkolwiek podłożem dla nich był niewątpliwie mały kamyk wędrowny. Kamienie te mają różny kształt, wędrowne są zwykle małe, kuliste lub wydłużone, o ścianach gładkich, jeśli leżą w cewce dłużej lub w niej powstały stają się cylindryczne, eliptyczne lub rogalkowate, jak w przedstawionym przypadku. Występują one w ogóle pojedynczo, rzadziej w większej ilości. Kamienie większych rozmiarów spotyka się przeważnie w uchyłkach. Opisano długie nawet na 6 cm. W przedstawionym przypadku kamień był 4.5 cm długi, a około 2 cm szeroki. Co do objawów klinicznych, to na pierwszym miejscu wymienić należy utrudnienie w oddawaniu moczu aż do gwałtownego zatrzymania, dalej zmiany strumienia moczu, wreszcie dołączające się zakażenie. Rozpoznanie opiera się na typowych wywiadach, na badaniu przez obmacywanie i cewnikiem. W przypadkach wątpliwych możemy ustalić rozpoznanie za pomocą zdjęcia rentgenowskiego, uretrografii i uretroskopii. Postępowanie lecznicze zależeć będzie głównie od wielkości i miejsca usadowienia się kamienia. Kamienie drobne w przedniej cewce moczowej można próbować usunąć drogą naturalną przez stopniowe przesuwanie ułatwiając sobie zabieg wstrzyknięciem oliwy lub kokainizacją cewki, celem zniesienia skurczu. Dla usunięcia zwężenia przed kamieniem wystarczy czasem zasondowanie cewki przy pomocy *bougies* na 24 lub 48 godzin. Niekiedy przez zaciśnięcie ujścia zewnętrznego pod wpływem parcia ciśnienie moczu rozszerzy światło cewki i zdoła usunąć kamień. Można dalej próbować usunąć kamień jakimkolwiek instrumentem, jak pincetą, haczykiem itp., ale nigdy na ślepo. Jeśli zatem kamień jest nieco dalej od ujścia zewnętrznego, należy zabieg ten wykonać już pod kontrolą uretroskopu. Kamienie drobne, leżące przed znacznym przewężeniem cewki, usunąć można po wykonaniu uretrotomii wewnętrznej. W przypadkach kamieni większych rozmiarów musimy uciec się do uretrotomii zewnętrznej.

Na zakończenie podkreślił jeszcze prelegent wartość urografii dożylnej, która w przedstawionym przypadku dała właściwie dopiero pojęcie o całokształcie obrazu chorobowego. Prelegent podniósł dalej, że na Oddziele Chirurgicznym dziecięcym wykonuje się urografię dożylną we wszystkich przypadkach podejrzanych o najmniejsze zmiany w narządzie moczowym. Często też w schorzeniach, nie mających pozornie związku z narządem moczowym, jak np. przy guzach krzyżowo-ogonowych urografia dożylna pozwoliła wykryć niejednokrotnie bardzo daleko idące zmiany w narządzie moczowym.

*W dyskusji* przemawiali kol. Oberländer, Schramm, Laskownicki, Ostrowski Tadeusz.

2. Kol. Onyszkiewicz Tad. St., z Oddz. Chir. Szpitala św. Zofii *przedstawia przypadek ropnia podprzeponowego u 9-letniego chłopca.*

Ropień podprzeponowy na oddziałach chirurgii dziecięcej należy do wielkich rzadkości, o czym między innymi może świadczyć chociażby ten fakt, że w Klinice Chirurgii Dziecięcej prof. Ombrédanne'a w Paryżu, w jednym z największych ośrodków europejskich tego rodzaju, w ciągu 9 lat operowano tylko 2 ropnie podprzeponowe. Ponieważ w wieku dziecięcym odpadają zawsze prawie wszelkie schorzenia tych narządów, które zwykle dają w następstwie ropień podprzeponowy, stąd też częstość występowania ropnia takiego jest bardzo znacznie ograniczona. Prof. Drachter. kierownik Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Monachium powiada, że bardzo łatwo można by zapobiec w wieku dziecięcym powstaniu ropnia podprzeponowego, który jest dla dziecka schorzeniem bardzo ciężkim, jeśliby wcześnie stawiano wskazania w każdym wypadku zapalenia wyrostka robaczkowego. Naprowadzone wyżej motywy ośmielają nas przedstawić przypadek ropnia podprzeponowego, który w swoim przebiegu klinicznym był dość nietypowy a i jego flora bakteryjna należy do rzadkości.

Przedstawiony przypadek dotyczy 13-letniego chłopca, którego w pierwszych dniach marca przyjęła Klinika Pediatryczna. W wywiadach stwierdzono, że choruje on od 3 miesięcy wśród gorączki, dochodzącej do 39° oraz bólów w prawym podżebrzu, które jednak od 4 tygodni ustąpiły. Rodzice podają, że podobno 2 miesiące przed rozpoczęciem choroby przebył czyraki na udzie. Przez pewien czas miewał wolne stolce o wyglądzie zupy grochowej, co skłoniło ordynującego lekarza do rozpoznania duru brzusznego. W ostatnim tygodniu zauważono wypuklenie się dolnej prawej strony klatki piersiowej. Przestwory międzyżebrowe wygładzone. W czasie jednomiesięcznego pobytu chorego w Klinice Pediatrycznej kilkakrotne badania krwi wykazały leukocytozę w granicach od 21—31 tysięcy z wybitnym przesunięciem na lewo. Odczyny serologiczne na dur były ujemne. Badanie czynnościowe wątroby po obciążeniu galaktozą wykazało stosunki prawidłowe. W zdjęciu rentgenowskim kopuła prawa przepony jest wyżej ustawiona, prawie nieruchoma. Podczas pobytu w Klinice stwierdzono u dziecka bardzo dobre samopoczucie i bardzo dobry apetyt. Chory przybrał 4 kg na wadze. Ciepłota ciała wahała się od 37—39.5°, przy mierzeniu co 3 godziny, przy czym maksymalne zwyżki trwały bardzo krótko.

Z braku odczynu opłucnowego i odczynu otrzewnowego, z braku danych dotyczących wyrostka robaczkowego lub jakiejkolwiek innej sprawy otrzewnowej przy ciepłocie remitującej z leukocytozą neutrochłonną, rozdęciem dolnej partii klatki piersiowej i ciastowatym odczynem w częściach miękkich rozpoznawaliśmy ropień wątroby usadowiony prawdopodobnie z przodu i dający może skutkiem tego odczyn w częściach miękkich tej okolicy.

W znieczuleniu miejscowym z cięcia równoległego do łuku żebrowego przecięto mięsień prosty, przy czym stwierdzono, że tylna ściana jego pochewki jest wyraźnie surowiczo nacieczona. Wykonane nakłucie wykazało gęstą ropę. Nacięcie tylnej pochewki mięśnia prostego i otrzewnej wprowadziło nas do bardzo dużej jamy między przeponą a wątrobą, wypełnionej ropą, która wylała się w ilości 500—600 cm³. Oglądanie górnej powierzchni wątroby nie pozwoliło nam stwierdzić jakiegoś ropnia, który by przebijał do przestrzeni podprzeponowej. Jama zdrenowana, przebieg pooperacyjny prawidłowy. Operował prym. doc. dr D o b r z a n i e c k i. Badanie bakteriologiczne ropy wykazało gronkowca złocistego. Ponieważ tego rodzaju flora bakteryjna jest w ropniach podprzeponowych poza pyemią gronkowcową bardzo rzadka, rozpoczęliśmy poszukiwać punktu wyjścia dla tej sprawy chorobowej, niewątpliwie przerzutowej. I dopiero w ostatnich dniach udało się stwierdzić w rozmazie z migdałków obecność gronkowca i paciorkowców tak, że zdaniem naszym, racjonalnym zakończeniem postępowania chirurgicznego byłoby wyłuszczenie migdałków.

3. Kol. S t a n k i e w i c z Stanisław *przedstawia z Oddziału Chirurgicznego dziecięcego Państw. Szpit. Powszechnego przypadek sprawy nowotworowej dobrotliwej, wychodzącej z truncus sympathicus cervicalis, (neuroma gangliocellulare).*

Ważniejsze dane z historii choroby przedstawiają się następująco: w jednym z większych szpitali prowincjonalnych wykonano u 2-letniego chłopca tracheotomię z powodu duszności i sinicy, nie mogąc ustalić jej przyczyny. Dziecko następnie skierowano do Oddziału Oto-Laryngologicznego tutejszego szpitala. W czasie pobytu dziecka na tymże Oddziale przez dwa tygodnie, wystąpiły kilkakrotnie silna duszność i sinica, które zawsze przechodziły. Z powodu stwierdzenia guza szyi Oddział Laryngologiczny skierował chorego na Oddział Chirurgiczny dziecięcy, gdzie zadecydowano zabieg operacyjny. Mimo założonej rurki tracheotomijnej, u chorego utrzymywała się sinica, a od czasu do czasu występowała duszność.

Na szyi po stronie prawej tuż nad obojczykiem i przy rurce tracheotomijnej był macalny, jakby tylko szczyt guza, który gubił się dalej w śródpiersiu przednim. Wyczuwalna część guza miała powierzchnię gładką, spoistość twardą. Stosunku guza do naczyń szyjnych nie można było dokładnie określić. O ile prawe oko nie wykazywało żadnych zmian, o tyle na lewym oku był zaznaczony objaw podrażnienia współczulnego pnia szyjnego, jako *lagophtalmia* i stałe rozszerzenie źrenicy.

Przy prześwietlaniu klatki piersiowej stwierdzono paradoksalne ruchy prawej przepony wskazujące na porażenie prawego nerwu przeponowego.

Na zdjęciu rentgenowskim szyi i klatki piersiowej stwierdza się wysokie ustawienie prawej przepony, a prócz tego środkowy cień jest w górze szerszy, jak spotykamy to przy guzach śródpiersia. Rurka tracheotomijna wraz z tchawicą przemieszczona jest na stronę lewą.

Przy zdjęciu profilowym widoczny jest duży trójkątny cień, leżący przed i poniżej rurki tracheotomijnej a więc w przednim śródpiersiu. Z rozpoznaniem guza śródpiersia dwuletni chory dostał się na stół operacyjny.

W znieczuleniu przewodowym *plexus cervicalis* po stronie prawej, z cięcia jak do hemistrumektomii, odsłonięto szczyt guza i stwierdzono, że duże naczynia szyjne leżą poza i na wewnątrz od guza, a jedynie nerw błędny biegnie na jego przyśrodkowo-górnej powierzchni. Obawiając się następstw drażnienia nerwu błędnego w czasie zabiegu, nerw ten znieczulono i przecięto, a następnie oddzieliwszy guz od dużych naczyń szyjnych i podobojczykowych udało się go w całości wydobyć z przedniego śródpiersia. (Operował ordynator doc. dr Władysław D o b r z a n i e c k i). Objawy sinicy i duszności bezpośrednio po zabiegu i w dwa dni następne ustąpiły w zupełności.

U dziecka w trzy dni po zabiegu wystąpił w nocy krwotok przez rurkę tracheotomijną. Skutkiem dość dużego krwawienia i niemożności wykonania przetoczenia krwi nastąpiło u chorego zejście śmiertelne.

Autopsja ustaliła, że krwotok nastąpił z drobnego ubytku błony śluzowej tchawicy w miejscu, gdzie leżał koniec rurki tracheotomijnej. Poza tym na przekroju płuc stwierdzono liczne ogniska krwawe, ostro odgraniczone, wielkości małego grochu, pochodzące z aspirowanej krwi. Uzyskany operacyjnie preparat guza szyi przedstawia się w postaci jednolitej, biało-szarawej, twardej, gładkiej masy o wymiarach 9×5×4.5 cm. Guz wystawał ponad linię obojczyka na jakie 3 cm, a poza tym główną swoją masą tkwił w śródpiersiu przednim.

W preparacie histologicznym: wśród nieregularnie splotowato przebiegających pęczków włókien nerwowych stwierdza się gwiazdkowato rozmieszczone komórki zwojowe. Rozpoznanie mikroskopowe opiewa więc: *neuroma gangliocellulare* (doc. dr H. S c h u s t e r ó w n a).

*Ganglioneuromata* są to zróżnicowane dobrotliwe nowotwory, występujące tylko w zakresie układu współczulnego. Występują one jako poszczególne, nieraz nawet otorbione guzy wychodzące z szyjnej, piersiowej lub lędźwiowej części *truncus sympathicus*, wychodzą one z *ganglion coeliacum*, z *mesenterium* lub *plexus suprarenalis*. Najbardziej typowym miejscem ich usadowienia, jest kąt żebrowo-kręgowy pozaopłucnowy, nieco poniżej szczytu płuca. Usadawiają się one dalej na wysokości wnęki płuc, rzadziej tuż niżej przepony.

Jeśli chodzi o umiejscowienie szyjne tych guzów, to najczęściej nie są one trafnie rozpoznawane przed zabiegiem. Umiejscowienie *neuroma ganglio-cellulare* w przednim śródpiersiu, jak w naszym przypadku, należy do wielkiej rzadkości. Jedynie guzy, wychodzące z grasicy mają podobne umiejscowienie.

Z punktu widzenia klinicznego i operacyjnego należy o tym wiedzieć, że *ganglioneuromata*, zwłaszcza umiejscowione na wysokości kręgów piersiowych mogą mieć kształt klepsydry, przy czym zwykle jedna duża część nowotworu leży przykręgowo, pozaopłucnowo, druga zaś mniejsza część przez *foramen intervertebrale* wchodzi do kanału kręgowego, dając pierwotnie lub następowo wszelkie objawy guza rdzenia aż do paraplegii włącznie.

Prelegent zaznacza, że w dużym zestawieniu piśmiennictwa za ostatnie 60 lat w pracy Kienböcka i Röslera, pewnie stwierdzonych tych guzów u dzieci do 2½ lat notuje się tylko pięć przypadków. Należy również pamiętać o tym, że we wczesnym dzieciństwie mogą występować nowotwory złośliwe, wychodzące z układu współczulnego, ogłoszone pod nazwą *neurosarcoma, sympathoblastoma, sympathogonioma*. Postacie te dają przerzuty i prowadzą szybko do śmierci.

Na zakończenie prelegent wspomina, że *ganglioneuromata* mogą wystąpić równocześnie z uogólnioną *neurofibromatosis* podskórną, jak o tym donosi chirurg szwajcarski de Quervain.

(W całości ukazało się drukiem w Polskiej Stomatologii wrzesień 1936 i w *Journal de Chirurgie* 1936 — wspólnie z ordynatorem doc. dr Władysławem Dobrzanieckim).

*W dyskusji* przemawiali kol. Falkiewicz Antoni, Schramm, Grabowski, Ostrowski Tadeusz.

4. Kol. Dobrzaniecki W. *wygłosił odczyt z pracy Ostrowskiego Tadeusza i Dobrzanieckiego Władysława pt.: „Wartość wszczepienia moczowodów do jelita grubego sposobem Coffeya w świetle urografii dożylnej"*. (Ogłoszono w całości w Pol. Gaz. Lek. Nr 28 i 29, 1936 i w *Journal de Chirurgie*. T. 47, Nr 6. 1936).

5. Kol. Dobrzaniecki Władysław *przedstawia przypadek wynicowania pęcherza u 14-letniego chłopca, leczony przez jednoczasowe wszczepienie obu moczowodów do esicy*, które wykonał przed miesiącem.

Obraz kliniczny u operowanego przedstawia się w sposób typowy a więc brak pępka, rozszczep spojenia łonowego na szerokość 4 palców, skutkiem czego mięśnie proste brzucha ułożone są w kształcie trójkątnej kulisy, worek mosznowy zredukowany do minimum, jądra prawidłowo wykształcone, wędrujące jednak szybko po podrażnieniu kremasterów na wysokość kanałów pachwinowych. Prącie wykazuje żołądź zniekształconą, o kształcie nerki poprzecznie ułożonej, cewka moczowa jest zupełnie otwarta, od góry przechodząc bezpośrednio w błonę śluzową wynicowanego pęcherza. Badaniem *per rectum* stwierdza się pas łącznotkankowy, łączący rozszczepione kości łonowe.

Badanie czynnościowe nerek po dożylnym podaniu indygotropiny wykazuje prawidłowe wydzielanie barwika przez oba ujścia moczowodowe. Urografia przy pomocy Tenebrylu wykazuje prawidłowe stosunki w wydzielaniu, co się zaś tyczy stosunków morfologicznych, to mamy rozszerzenie dróg moczowych.

Po odpowiednim przygotowaniu chorego bezpośrednio przed zabiegiem wytamponowano w rektoromanoskopie esicę i prostnicę gazą jodoformową, wypuszczając jej koniec na zewnątrz *per rectum*. Następnie w ułożeniu Trendelenburga otwarto jamę brzuszną, wypreparowano oba moczowody, które wykazały znacznie szersze światło i przerosłą mięśniówkę, a po odcięciu ich tuż przy błonie śluzowej wynicowanego pęcherza włożono do światła moczowodów mniej więcej do 1/3 ich długości cewniki gumowe Nélatona o skali 14 Charrière, po czym po umocowaniu ich do końcowego odcinka moczowodów, otwarto esicę na dwóch wysokościach, wszczepiając prawy moczowód wyżej, lewy nieco niżej. Końce cewników umocowano szwem do gazy jodoformowej, wprowadzonej poprzednio do esicy, po czym asystent, pociągając za gazę, wyprowadził końce obu cewników na zewnątrz *per rectum*. Następnie wykonano zespolenie między obu moczowodami a esicą w sposób typowy (Coffey 2). Dren w miejscu zespolenia, szew powłok przy pomocy drutu ze względu na słabość powłok, gdyż jak to już wspomniałem mięśnie proste biegną daleko od linii środkowej. Przebieg pooperacyjny, poza nieznacznym ropieniem z powłok, prawidłowy. Zupełny brak objawów otrzewnowych i miedniczkowych, z którymi zawsze się spotykamy przy stosowaniu techniki Coffeya Nr 1. Końce drenów, wyprowadzonych *per rectum* po zassaniu ich celem wytworzenia ciśnienia ujemnego w drogach moczowych, odprowadzono do dwóch flaszek, celem mierzenia ilości wydzielanego moczu, która to ilość wahała się dobowo od 600—800 cm³.

Indygotropinę podaną dożylnie w dwa dni po zabiegu prawa nerka wydziela po 6, lewa po 10 min. Codziennie dwukrotne przepłukiwanie miedniczek 3% rozczynem kwasu borowego. Drenaż dróg moczowych po operacji przez cały czas aż do wypadnięcia drenów doskonały.

Dren z prawego moczowodu wysunął się po 8 dniach, z lewego po 13 dniach. Pierwsze wiatry w 3 dni po zabiegu, pierwszy stolec prawidłowy w 13 dni po zabiegu. Aż do wypadnięcia drenów co drugi dzień 40 cm³ parafiny do odbytnicy, ażeby rozbić tworzące się masy kałowe, które, przesuwając się, mogłyby spowodować przedwczesne wypadnięcie drenów z zespolenia moczowodowo-jelitowego. Z wiadomych względów podajemy cały czas Gelacid wewnętrznie a poza systematycznym oczyszczaniem całej kiszki grubej przy pomocy wysokich lewatyw stosujemy niskie wlewania do odbytnicy *natrium biphosphoricum* dla zobojętnienia amoniakalnego rozkładu moczu.

Bardzo pocieszająco przedstawia się poziom azotu pozabiałkowego, bo w 3 dniu po zabiegu — 43 mg %, w 15 dniu po zabiegu — 40 mg %, w 24 dniu po zabiegu — 35 mg %. Podobnie pomyślnego przebiegu krzywej azotu nie spotykaliśmy nigdy przy poprzednich operacjach Coffeya, wykonywanych przy pomocy techniki Nr 1.

W trzy tygodnie po zabiegu przystąpiliśmy do skontrolowania rentgenowskiego aparatu moczowego. Zdjęcie przeglądowe wykazuje dobrze widoczne kontury *m. iliopsoas*. Tenebryl wydziela się bardzo intensywnie po 5 min., kielichy są nieco szersze. Celem uzyskania *moulage'u* radiologicznego dróg moczowych w całości wprowadziliśmy do esicy *colpeurynter* a po rozdęciu go ucisnęliśmy ujścia moczowodów w miejscu zespolenia z esicą. Zdjęcie wykonane w tych warunkach wykazuje rozszerzenie obu moczowodów a w szczególności prawego, który ma przebieg falisty, jak to spotykamy przy wadach wrodzonych. Po wyciągnięciu *colpeurynteru* lewy moczowód wypróżnił się natychmiast do światła kiszki, prawy wykazuje pewne opóźnienie. W *ampulla recti* widzimy wydzielony Tenebryl w bardzo dużej ilości.

Rektoromanoskopia: na wysokości 17 cm widoczne po rozdęciu kiszki ujścia moczowodowe. Indygotropina podana dożylnie wydziela się po 14 min. Zupełny brak objawów *proctitis*, co przypisujemy działaniu wlewań zobojętniających.

Dalszym aktem operacyjnym będzie wycięcie pozostałej błony śluzowej pęcherza i plastyczna operacja zniekształconego prącia. (W całości ukaże się drukiem w *Journal de Chirurgie)*.

*W dyskusji* przemawia kol. Laskownicki, Ostrowski Tad., Sołowij, Grabowski.

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

## Protokół XVII posiedzenia naukowego odbytego dnia 29 maja 1936 roku w Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Kowalski *przedstawia:*

a) *2 przypadki spondylitis typhosa;*

b) *2 przypadki stopy końsko-szpotawej.*

*W dyskusji* przemawia kol. Schramm, Ostrowski Tad., Grabowski i Gruca.

2. Kol. Ambroz (gość) *przedstawia:*

a) *przypadek operowanego guza szyi;*

b) *2 przypadki guzów, wychodzących z torebek ścięgnistych,*

c) *przypadek krwiaka podudzia, powstałego wskutek przerwania tętnicy piszczelowej.*

*W dyskusji* zabiera głos kol. Ostrowski Tad., Schramm, Gruca, Grabowski i Frank-Pittowa.

*W odpowiedzi* kol. Ambroz.

3. Kol. Gruca *przedstawia:*

a) *przypadek genu valgum ze zwichnięciem rzepki, leczony operacyjnie;*

b) *przypadek przerwania więzadła rzepki;*

c) *przypadek subluksacji wrodzonej stawu biodrowego;*

d) *przypadek zesztywnienia stawu biodrowego.*

4. Kol. Gruca *pokazuje nowy model stołu ortopedyczno-chirurgicznego własnej konstrukcji.*

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

## Protokół XVIII posiedzenia naukowego odbytego dnia 5 czerwca 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Gröer, F. Goldschlag i E. Meisels *przedstawiają przypadek izolowanego sarkoidu (choroba Besnier-Boeck) płuc u dziecka.*

Sarkoid (Lupoid, Miliarlupoid) Boecka i blisko z nim spokrewniony, a może nawet identyczny *lupus pernio Besnier*, które wedle dawnych zapatrywań miały być czystymi dermatozami, uważane są obecnie za schorzenia ogólne (patrz sprawozdanie Kongresu Dermatologów w Strassburgu 1934). Od czasu pierwszej publikacji Bittorfa-Kuznitzkego spostrzeżenia dotyczące zajęcia narządów wewnętrznych, a zwłaszcza płuc stają się coraz częstsze. Odosobnione występowanie tej sprawy chorobowej w narządzie wewnętrznym bez równoczesnego zajęcia skóry należy jednak do wielkich rzadkości i przedstawia też w rozpoznaniu różniczkowym szczególnie duże trudności.

Przypadek przedstawiony dotyczy 13-letniej dziewczynki znajdującej się z powodu schorzenia płuc od 3 lat pod obserwacją autorów. Pod postacią początkowo niewyraźnych dolegliwości rozwinął się obraz chorobowy, który klinicznie charakteryzował się okresowo występującymi zwyżkami ciepłoty ciała, schudnięciem i ogólnym osłabieniem. W jaskrawym przeciwieństwie do tego stosunkowo dobrotliwego klinicznego obrazu stoi obraz radiologiczny. Początkowo wykazywał on guzy gruczo-

łowe niezwykle dużych rozmiarów w obu wnękach i równocześnie rozsiane w obu polach płucnych odosobnione drobnoplamkowate zagęszczenia. W dalszym przebiegu guzy wnękowe zaczynają się cofać i wreszcie znikają zupełnie, a w polach płucnych pojawiają się coraz to gęstsze i liczniejsze plamkowate zagęszczenia, które z czasem zajmują w sposób prawie równomierny oba pola płucne i przedstawiają obrazy podobne do gruźlicy prosówkowej. W ostatnich czasach zachodzą w obrazach radiologicznych znowu zmiany, a mianowicie drobno-plamkowate zagęszczenia zaczynają się cofać i znikać i pola płucne zwolna stają się coraz jaśniejsze. Na skórze chorej nie można było przez cały czas obserwacji wykazać żadnych zmian.

W rozpoznaniu różniczkowym można gruźlicę i ziarnicę złośliwą, wybijające się na pierwszy plan rozważań, wykluczyć na podstawie dobrotliwego przebiegu klinicznego, ujemnego wyniku kilkakrotnie powtarzanych odczynów biologicznych i ujemnego wyniku badań bakteriologicznych i hematologicznych. Nie odpowiadają też tym schorzeniom zmiany występujące w obrazach radiologicznych, za pomocą których okresowo kontrolowaliśmy stan chorej. Opisane właściwości przebiegu klinicznego są natomiast zdaniem autorów typowe dla sarkoidu płucnego. Cechami charakterystycznymi tego schorzenia są właśnie znaczne i rychło dokonywujące się przeobrażenia w uwidocznionych na rentgenogramach i groźnie wyglądających zmianach, które jednak po pewnym czasie prawie samoistnie zaczynają się cofać i wreszcie zanikać.

*W dyskusji* przemawiali kol. Salpeter, Grabowski i Kwiatkowski.

*W odpowiedzi* kol. Goldschlag F., Gröer i Meisels E.

2. Kol. Popielski *omawia 2 przypadki przetoczenia krwi ze zwłok* (jeden z przypadków demonstrowany na XIV posiedzeniu) *oraz omawia kilka przypadków przetoczenia krwi konserwowanej, otrzymanej drogą upustu krwi od chorych z nadciśnieniem.*

*W dyskusji* zabierali głos kol. Ostrowski Tad., Grzędzielski J. i Pohorecki.

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

Protokół XIX posiedzenia naukowego odbytego dnia 12 czerwca 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski.

1. Kol. Węgrzynowski *przedstawia chorego z wędrującą kulą w płucu.*

2. Kol. Lipiński *omawia stosowanie diety jabłkowej przy biegunkach gruźliczych.*

*W dyskusji* zabierał głos kol. Węgrzynowski.

3. Kol. Stein (gość) i Goldschlag F. *przedstawiają przypadek choroby Swist-Feera u dorosłej kobiety.*

*W dyskusji* zabierał głos kol. Progulski.

*W odpowiedzi* kol. Goldschlag F. i Stein.

4. a) Kol. Domaszewicz *omówił podstawy teoretyczne leczenia schizofrenii insuliną.*

b) Kol. Erb *przedstawił dotychczasowe wyniki leczenia schizofrenii insuliną na Oddziale Psychiatrycznym Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie.*

*W dyskusji* kol. Zeghauser: duży materiał chorych, leczonych wstrząsami hipoglikemicznymi jest wartościowy dla badań mechanizmu powstawania zespołu objawów niedocukrzenia krwi. Mechanizm ten dotąd bowiem nie jest znany. Nasilenie objawów nie stoi zupełnie w stosunku do poziomu cukru we krwi, nie stwierdza się równoległości między zespołem klinicznym a poziomem cukru we krwi, nie tylko u różnych osobników, ale nawet u tego samego osobnika w przebiegu różnych wstrząsów. (Tak np. brak czasem objawów przy poziomie 50 mg %, podczas gdy u innego osobnika występują często objawy już przy 70 mg % cukru we krwi). Nasilenie objawów nie zależy też od procentowego lub bezwzględnego spadku cukru we krwi, ani też od długości trwania niedocukrzenia krwi. Nie jest ono wreszcie wyrazem zatrucia insulinowego, czego dowodzi choćby natychmiastowe działanie cukru. Ponieważ zespół objawów hipoglikemii nosi cechy zaburzeń układu nerwowego, można przypuszczać, że podłoże jego stanowią zmiany w tym układzie w związku z wahaniami poziomu cukru i zaburzonymi w następstwie procesami życiowymi (utlenianie). Badania w tym kierunku byłyby bardzo interesujące.

W dalszym ciągu dyskusji przemawiali kol. Rothfeld, Cwynar, Sieradzki, Miniewski, Ziemilski, Falkiewicz Antoni.

*W odpowiedzi* kol. Domaszewicz i Erb.

W zast. sekr.: *B. Giędosz.*

Protokół XX posiedzenia naukowego odbytego dnia 19 czerwca 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski.

1. Kol. Falkiewicz Antoni *przedstawia przypadek tętniaka tętnicy płucnej.*

2. Kol. Hornung *pokazuje przenośny aparat rentgenowski przystosowany do masowych badań.*

*W dyskusji* przemawia kol. Dąbrowski i Doliński.

3. Kol. Bieliński *składa sprawozdanie z Polskiego Zjazdu Eugenicznego odbytego w Krakowie w dniach 18—19. IV. 1936 r.*

*W dyskusji* zabiera głos kol. Doliński i Cieszyński.

W zast. sekr.: *B. Giędosz.*

Protokół XXI posiedzenia naukowego odbytego dnia 23 czerwca 1936 roku wspólnie z Polskim Tow. Przyrodników im. Kopernika — Oddział Lwowski.

Wyświetlono 2 filmy:

1. *Geneza barwików i leków pochodzenia benzolowego.* Objaśniał doc. dr Bobrański.

2. *Badanie czynności gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu.* Objaśniał kol. Bieliński.

W zast. sekr.: *B. Giędosz.*

Protokół XXII posiedzenia naukowego odbytego dnia 26 czerwca 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski.

1. Kol. Garlicki (gość) *wygłosił odczyt pt.: „Nowotwór pępka".*

2. Kol. Kowalski *przedstawia:* a) *przypadek przepukliny pępkowej u dziecka.*

*W dyskusji* zabrał głos kol. Gruca.

b) *omawia przypadek żółtaczki hemolitycznej, leczony wycięciem śledziony.*

3. Kol. Gruca *omawia:*

a) *przypadek niedrożności jelita, spowodowanej przez kamienie żółciowe;*

b) *przypadki złamań kości miednicy.*

*W dyskusji* przemawia kol. Sołowij.

*W odpowiedzi* kol. Gruca.

4. Kol. Sowiński *przedstawia rentgenogramy złamań.* a) *kończyny górnej,* b) *podudzia.*

W zast. sekr.: *B. Giędosz.*

Protokół XXIII posiedzenia naukowego odbytego dnia 9 października 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Jaburek *przedstawia przypadek guza prawego płata skroniowego.*

*W dyskusji* zabrał głos kol. Domaszewicz.

*W odpowiedzi* kol. Jaburek.

2. Kol. Wachtel (gość) *mówi o szkłach kontaktowych syst. Zeissa i Dr Dallosa w świetle własnych wrażeń.*

*W dyskusji* zabrał głos kol. Reiss.

Sekretarz: *Z. Żurowski.*

Protokół XXIV posiedzenia naukowego odbytego dnia 16 października 1936 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Kaniak Józef *demonstruje przypadek odmy samoistnej;* chory zgłosił się do ambulatorium Klin. Chorób Wewn. U. J. K. we Lwowie, podając następujące wywiady: lat 36, z zawodu szewc, wywiady rodzinne bez znaczenia. W 27 roku życia bez wyraźniejszej przyczyny wystąpiła duszność, utrzymująca się przez dwa miesiące, wzmagająca się przy chodzeniu. Przed dwoma laty wśród kaszlu nagły ból w dolnej części klatki piersiowej po stronie prawej oraz duszność szybko nasilająca się, połączona z sinicą. Mimo stałego leczenia objawowego duszność utrzymuje się do dnia dzisiejszego, uniemożliwiając choremu wykonywanie zawodu.

Stwierdzono fizykalnie i rentgenologicznie zupełną odmę samoistną po stronie prawej, na wysokości II i IV przestrzeni międzyżebrowej po stronie prawej taśmowate zrosty biegnące przez całą szerokość prawej strony klatki piersiowej. Przepuklina śródpiersiowa przednia górna, przesunięcie śródpiersia na stronę lewą. W płucu lewym nieliczne plamkowate zagęszczenia.

Prątki Kocha i włókna sprężyste w plwocinie nieobecne. O. B. = 5 mm/godz., odczyn Pirqueta zaznaczony.

Omówiono etiologię i patogenezę odmy samoistnej w ogólności i w przedstawionym przypadku.

W powyższym przypadku odma, utrzymująca się przez dwa lata, miała charakter zastawkowy z okresowymi dopełnieniami samoistnymi. Stwierdzone rentgenologicznie napinające się zrosty opłucnowe nie pozwalały na stałe zamknięcie otworu wentylowego.

Zastosowano zabieg operacyjny przecięcia zrostów metodą Jacobeusa. Chory zniósł zabieg dobrze. Bezpośrednio po zabiegu znaczna ulga w oddychaniu. W parę dni duszność zupełnie ustąpiła. Przecięcie zrostów umożliwiło celową zmianę odmy zastawkowej na odmę zamkniętą i następowe wyleczenie.

Jest to rzadki przypadek w piśmiennictwie światowym obok podobnego przypadku, opisanego przez Kipfera, radykalnego usunięcia długo utrzymującej się odmy samoistnej.

*W dyskusji* zabierali głos: prof. Nowicki, prof. Grek, kol. Hornung, Węgrzynowski, Falkiewicz, Tyszka, Dąbrowski, Długosz.

2. Kol. Grüss *przedstawia przypadek agranulocytozy.*

*W dyskusji* zabiera głos kol. Cieszyński, Sosin i Petryński.

*W odpowiedzi* kol. Grüss.

Sekretarz: Z. *Żurowski.*

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 3 marca 1936 roku.

1. Kol. Sekretarz Stały *wygłosił wspomnienie pośmiertne o śp. dr Henryku Waldenbergu.*

Śp. dr Henryk Waldenberg urodził się dnia 7 czerwca 1882 roku. Średnie wykształcenie pobierał w VI gimnazjum w Warszawie, które ukończył w roku 1902. W tymże roku wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. W roku 1905 wyjechał na dalsze studia do Zurychu, gdzie otrzymał stopień doktora medycyny w styczniu 1909 roku po przedstawieniu rozprawy pod tytułem: *„Über den Einfluss einiger organischen Neutralsalze auf den Ruhenstrom und die Erregbarkeit des Froschmuskels"*. W grudniu 1909 roku uzyskał dyplom lekarski w uniwersytecie w Kazaniu. Od początku 1909 roku do końca listopada 1914 r. pracował w Klinice Chirurgicznej, w Szpitalu św. Ducha i w ambulatorium szpitala. Od dnia 1 grudnia 1914 roku do sierpnia 1915 r. był młodszym ordynatorem w miejskim lazarecie dla żołnierzy; w tymże czasie pracował w lazarecie związku ziemstw w Stowarzyszeniu Techników. Od sierpnia 1917 roku pracował z powrotem w Oddziale Chirurgicznym i ambulatorium Szpitala św. Ducha, jako starszy asystent Oddziału. Od połowy października 1917 roku był etatowym starszym asystentem tegoż oddziału. W roku szkolnym 1917/18 pełnił obowiązki starszego asystenta przy katedrze Anatomii Opisowej. W roku 1918/19 był starszym asystentem I Kliniki Chirurgicznej naszego Uniwersytetu. W tych latach uczestniczył w tłumaczeniu anatomii opisowej Henlego i w tłumaczeniu chirurgii operacyjnej profesora Węgłowskiego. Od czerwca 1919 roku do lipca 1928 r. służył w wojsku polskim, z którego przeniesiono Go w stan spoczynku w stopniu majora. W wojsku pełnił kolejno obowiązki starszego ordynatora oddziałów chirurgicznych, zastępcy komendanta szpitali polowych, ewakuacyjnego i etapowego, referenta szefostwa sanitarnego i starszego lekarza pułku. Pracował również w Szpitalu Ujazdowskim i w I Okręgowym na oddziałach chirurgicznych. Od października 1927 r. pracował w kasie chorych w Warszawie, gdzie zajmował stanowisko chirurga rejonowego, jednocześnie w 1932 r. pracował w ambulatorium kasy chorych.

Z powodu choroby serca był zmuszony porzucić pracę szpitalną.

Członkiem naszego Towarzystwa był od roku 1917. Zmarł dnia 29 stycznia 1936 roku. Cześć Jego pamięci.

2. Kol. Butkiewicz T., członek T-wa: *Przypadek plastyki przełyku* (pokaz).

Rozprawy nie było.

3. Kol. Łukaszewicz K. i Grodzieński E.: *W sprawie stanów białaczkowych, występujących pod wpływem energii promienistej.*

*Rozprawy:*

Kol. Łukaszczyk stwierdza, że drażniące działanie energii promienistej stosowane przez czas dłuższy może doprowadzić do poważnych schorzeń np.: raka skóry. Jeśli jednak porównać liczbę radiologów i ilość raków skóry u nich, to otrzymamy znikomy odsetek. Również duży wpływ wywierają promienie Roentgena na narządy płciowe. U pewnej liczby radiologów i laborantów, a zwłaszcza laborantek wykryto brak potomstwa, w czym duże znaczenie posiadają pewne zmiany rozwojowe. Małe, lecz długo działające dawki mogą wpływać na skład krwi. Jakkolwiek często stwierdza się zmiany we krwi u radiologów, do poważnych zmian jednak rzadko dochodzi. Do niedawna jeszcze praca radiologów odbywała się w warunkach prymitywnych, żaden jednak z licznego personelu rentgenowskiego np. w Paryżu, nie uległ poważniejszemu schorzeniu. W naszym Instytucie Curie-Skłodowskiej mimo 5-letniej pracy nie wykryto wśród personelu żadnych wahań we krwi, badanej u pracowników co trzy miesiące. Wprawdzie żaden z pracowników nie jest narażony na bezpośrednie działanie promieni, dzięki zarządzeniom ochronnym. Jeśli chodzi o rad, trudno się uchronić przed jego wpływem. Toteż pracujący przy radzie łatwiej ulegają jego działaniu. Stwierdzono u nich hiperglobulię, limfocytozę i leukopenię. Takie jest działanie energii promienistej w małych, lecz długo działających dawkach. Przy zastosowaniu dawek dużych, krótkotrwałych do zmian tych nie dochodzi. Zmiany, zachodzące we krwi zależą od stanu chorego i okolicy ciała poddawanej naświetlaniu. Zmiany po krótkotrwałym zadziałaniu energii promienistej mogą trwać do 2 miesięcy. Gdy się naświetla większą ilość kości np. kręgosłup lub śledzionę, można doprowadzić do znacznej niedokrwistości.

W pewnym przypadku naświetlania kobiety stwierdzono 800.000 ciałek czerwonych, jednak po paru miesiącach nastąpiła zupełna odnowa krwi, utrzymująca się do chwili ponownego rozsiania się nowotworu. Mówca dochodzi do wniosku, że duże dawki stosowane u chorych nie wywołują zmian białaczkowych.

Kol. Rosnowski M., członek T-wa, podkreśla, że przypadek przedstawiony jest interesujący ze względu na bardzo wcześnie spostrzeganą białaczkę, która przeszła w wybitny stan białaczkowy. Niestety działanie promieni Roentgena na ustrój ludzki pozostaje nadal tajemnicą. Prawdopodobnie dalsze prace doświadczalne rzucą światło na mechanizm i istotę działania tych promieni na ustrój. Są jednak pewne rzeczy widoczne, które mówca chce przypomnieć, nawiązując do przedstawionego przypadku. Wiadome jest, że promienie Roentgena wpływają na komórkę, zmieniając jej własności fizyczne: zmniejsza się ciśnienie osmotyczne komórek, zmienia się stężenie jonów wodorowych, zwiększa się przepuszczalność błony komórkowej. Komórki nowotworowe cechują się zwiększoną przepuszczalnością jonową. W tym sensie słuszne byłoby prawo, że wrażliwość komórkowa pozostaje w prostym stosunku do jej zdolności mnożenia się i odwrotnym stosunku do różnicowania się. Prawo to ma pewne zastrzeżenie. Promienie Roentgena są bardziej szkodliwe dla dojrzałej komórki np. limfocytów, mniej szkodzą limfoblastom, są bardziej szkodliwe dla dojrzałego typu prątka aniżeli niedojrzałego. Drugim z kolei układem, na który wywierają wpływ promienie Roentgena jest szpik kostny, pęcherzyki Graafa, nabłonki nasienne jądra i cały układ siateczkowo-śródbłonkowy. Kol. Łukaszczyk wspomniał o raku skóry rentgenologów. Tu można dopatrywać się dwufazowości. Najpierw występuje zanik skóry, a w pewnych przypadkach rak skóry, czyli nowotworzenie, proces przeciwny zanikowi. Niewłaściwe byłoby zaprzeczenie, że zmiany we krwi pod wpływem promieni Roentgena występują rzadko. Przypadek przedstawiony jest unikatem tylko dlatego, że nikt nie spostrzegał białaczki tak wcześnie uchwyconej. Mówca wyobraża sobie, że czynnik konstytucyjny należy podkreślić tu z całą stanowczością. Z jakiego powodu powstają stany białaczkowe? Ani teoria zapalna, ani nowotworowa nie daje uzasadnienia. Bardziej właściwą jest teoria, która przyjmuje białaczkę za zaburzenia przemiany materii na tle zaburzeń hormonalnych.

4. Kol. Goebel F., członek T-wa i Bartosiewicz St.: *Praca gruczołów trawiennych a równowaga kwasowo-zasadowa.* (Streszczenie własne).

W badaniach naszych chodziło o wykazanie wpływu wydzielania soku żołądkowego, trzustkowego i jelitowego, wydzielanego wyłącznie w następstwie bodźców swoistych farmakodynamicznych. W ten sposób wyłączono w czasie pracy wydzielniczej gruczołów trawiennych proces wchłaniania pokarmów. W pierwszej serii doświadczeń badaliśmy wpływ wydzielania soku żołądkowego po podaniu histaminy na równowagę kwasowo-zasadową. Badania przeprowadzono na psach normalnych i z przetokami żołądkowymi. We krwi oznaczano zasób zasad za pomocą metody van Slyke'a przed podaniem histaminy i po jej podaniu w odstępach 15-minutowych w ciągu trzech godzin. pH krwi oznaczano elektrometrycznie przy użyciu elektrody wodorowej Marczewskiego. W soku żołądkowym oznaczano ilość kwasu solnego przez miareczkowanie 1/10 NaOH w obecności dwumetyloaminoazobenzolu jako wskaźnika. Oka-

zało się, że pohistaminowe wydzielanie się soku żołądkowego powoduje alkalozę, przy czym podniesienie się zasobu zasad we krwi idzie równolegle z narastaniem zarówno kwasowości soku żołądkowego, jak i jego ilości. Alkaloza pohistaminowa trwa od godziny do półtorej godziny. Wydalanie na zewnątrz soku żołądkowego u psów z przetoką żołądkową powoduje długotrwałą alkalozę. Sok żołądkowy pohistaminowy, przechodząc do dwunastnicy powoduje wydzielanie zasadowego soku trzustkowego i jelitowego, które to wydzielanie jest przyczyną następczej kwasicy trwającej około dwóch godzin. pH we krwi nie ulega odchyleniom. Druga seria naszych doświadczeń obejmowała sprawy wpływu wydzielania soku trzustkowego i jelitowego po sekretynie jelitowej na zasób zasad krwi i stężenie jonów wodorowych. Pobudzenie wydzielania zewnętrznego trzustki pociąga za sobą przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej w stronę kwaśną; jak wykazały badania u psów beztrzustkowych, kwasica ta uzależniona jest głównie od wydzielania soku trzustkowego. Wydzielanie soku jelitowego odgrywa tylko nieznaczną rolę. Podanie sekretyny, pozbawionej ciał obniżających ciśnienie krwi, powoduje zupełnie takie same odchylenia w zasobie zasad, jak sekretyna zwykła.

Prezes: *Józef Skłodowski.*
Sekretarz doroczny: *Józef Gackowski.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.*

Nadzwyczajne Walne Zebranie Obwodu Krakowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego odbyło się zgodnie z § 32. punkt 1. lit. c i d statutu dnia 8 września 1937 r. w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1. Zagajenie. 2. Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zebrania Obwodu. 3. Ustosunkowanie się do uchwały zmiany § 7. statutu Zw. L. P. P. 4. Wnioski i interpelacje.

VI Zjazd Chemików Fizjologicznych odbędzie się w Lyonie w czasie od 11 do 13 października 1937. Bliższych wskazówek udziela Chambon Pharmacien en chef de l'Hopital Edouard Herriot Lyon.

II Zjazd międzynarodowy w sprawach odżywiania odbędzie się w Paryżu dnia 25 października 1937 r. pod przewodnictwem A. Mayera. Uczestnictwo kosztuje 60 fr, osoby towarzyszące 30 fr. Zjazd ma sześć sekcji: fizjologię odżywiania, zasady normalnego odżywiania, odżywianie w koloniach, ustrój społeczny i higienia odżywiania, środki odżywiania, kontrola środków spożywczych. Bliższych wskazówek udziela M. J. Alquier, 16 rue de l'Estrapade, Paris V-e. Warunki podróży: C-cie Internationale des Wagons-Lits, 14 Boulevard des Capucines, Paris IX-e.

*Różne.*

Ze świata.

Liga Narodów ogłasza w sekcji informacji z dnia 27 sierpnia br. o wydaniu sprawozdania ostatecznego, dotyczącego odżywiania w związku z higieną, rolnictwem i polityką ekonomiczną. (Ser. P. S. d. N. 1937 II A 10, cena 7 fr. 50 ct. szw. Gebethner i Wolff, ul. Zgoda 12, Warszawa). Sprawozdanie to, obejmujące 360 stron druku, podzielone jest na trzy części, z których pierwsza zawiera historię tych badań, druga zasady żywienia wedle badań najnowszych — znaczenie soli i witamin, trzecia zmiany, które zaszły w gospodarstwie na skutek zapotrzebowania większego inwentarza i powiększenia produkcji dla jego wyżywienia (Dania). Wreszcie dalsze rozdziały oceniają znaczenie tych przekształceń dla spraw ekonomicznych i zwracają uwagę na smutny stan niedożywiania większości ludzi i poważne a groźne tego skutki. Sprawozdanie kończy się wyrażeniem nadziei, że sprawozdanie to zachęci poszczególne rządy do zwrócenia baczniejszej uwagi na sprawę odżywiania, od którego zawisła przyszłość narodów.

*Konkursy.*

Towarzystwo Lekarskie w Zakopanem — wprowadzając w życie projekt Zarządu Gminy Uzdrowiskowej Zakopane, dążący do pobudzenia prac naukowo-badawczych, dotyczących właściwości leczniczych Zakopanego, jako wysokogórskiego uzdrowiska, ogłasza konkurs na pracę z tego zakresu, obejmującą następujące dziedziny: 1) biologiczne działanie klimatu zakopiańskiego na ustrój zdrowy (promieniowanie, znaczenie wiatrów, ciśnienie atmosferyczne, gleba, flora) — 2) wodolecznictwo w połączeniu z lecznictwem klimatycznym w Zakopanem — 3) wpływ klimatu zakopiańskiego na sprawność fizyczną (sporty) — 4) prace kliniczne, dotyczące wpływu klimatu zakopiańskiego na ustrój chory (narządy miąższowe, krążenia, narząd oddechowy, gruczoły dokrewne, system wegetatywny itp.).— I. Prace należy nadsyłać na ręce prezesa Towarzystwa Lekarskiego w Zakopanem w 6 egzemplarzach w maszynopisie z marginesem po stronie lewej. II. Praca winna być zaopatrzona godłem i nie zawierać nazwiska autora. W dołączonej zamkniętej kopercie również zaopatrzonej godłem należy podać imię i nazwisko oraz adres autora. III. Prace winny być oryginalne i przed ogłoszeniem wyniku konkursu nie mogą być ogłaszane drukiem. IV. Nagrody w wysokości: 1) 1.500 zł, 2) 1.000 zł, 3) 500 zł — zostaną wypłacone przez Zarząd Miejski w ciągu miesiąca od daty ogłoszenia wyników konkursu. V. Termin nadsyłania prac upływa w dniu 30 grudnia 1938 r. VI. W konkursie może brać udział każdy lekarz lub przyrodnik. VII. Członkowie jury nie mogą być autorami prac zgłoszonych do konkursu. VIII. Warunki konkursu będą podane w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich nr 9, 1937 i rozesłane wszystkim lekarzom w Polsce. IX. Wyniki konkursu będą ogłoszone w sezonie zimowym 1939 r. X. Nagrodzone prace stają się własnością Zarządu Gminy Uzdrowiskowej w Zakopanem, którymi może on dowolnie dysponować. XI. W skład jury wchodzą zaproszeni przez Tow. Lek. w Zakopanem i Zarząd Gm. Uzdr. Zakopane prof. dr E. Godlewski z Krakowa, prof. dr J. Latkowski z Krakowa, doc. dr Br. Nowakowski z Warszawy, prof. dr E. Piasecki z Poznania, doc. dr A. Sabatowski ze Lwowa, inż. E. Zaczyński, burmistrz Zakopanego i dr Józef Żychoń, prezes Tow. Lek. w Zakopanem.

*Komunikaty.*

Dr Levy Lenz z Kairo donosi, że urządza dla lekarzy w zimie br. kurs z zakresu chirurgii kosmetycznej. Informacji udzieli: Dr Ludwig Levy Lenz, Le Caire, rue Antikhana 21.

*Redakcja otrzymała:*

*M. Dechaume i L. Dérobert:* L'expertise en stomatologie. Wyd. Masson. Paryż 1937. Cena: 30 fr.

*A. Lemierre:* Quelques vérités premières sur les maladies infectieuses. Wyd. Masson. Paryż 1937. Cena: 23 fr.

*M. Ombrédanne:* Quelques vérités premières en oto-rhino-laryngologie. Wyd. Masson. Paryż 1937. Cena: 24 fr.

*Pasteur Vallery-Radot:* Quelques vérités premières sur les maladies des reins. Wyd. Masson. Paryż 1937. Cena: 24 fr.

*H. Mondor:* Quelques vérités premières en chirurgie abdominale. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 24 fr.

*L. Ombrédanne i P. Mathieu:* Traité de chirurgie orthopédique. T. IV. Wyd. Masson. Paryż 1937.

*E. Koch:* Allgemeine Elektrokardiographie. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1937. Cena: 3 RM.

*H. Schneider:* Kochkunst und Küchentechnik. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1937. Cena: 3 RM.

*B. Breitner:* Sportschäden und Sportverletzungen. Wyd. F. Enke. Stuttgart 1937. Cena: 14 RM.

*E. Müller:* Die Bedeutung des Kuhmilchfettes für die Säuglingsernährung. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1937. Cena: 5 RM.

Sprawozdanie Szpitala Gminy Wyznaniowej Żydowskiej w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1936 r. Kraków 1937. Nakł. Gminy Wyzn. Żyd. w Krakowie.

*Laurence O'Shanghnossy, M. D. Durh, F. R. C. S. Eng:* Surgical Treatment of Cardiac Ischaemia.



*Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.*